

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N.
115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Jean-Jacques ZISLIN

Né à Epinal (Vosges) le 17 octobre 1882

LES

INDURATIONS PLASTIQUES

DES

CORPS CAVERNEUX

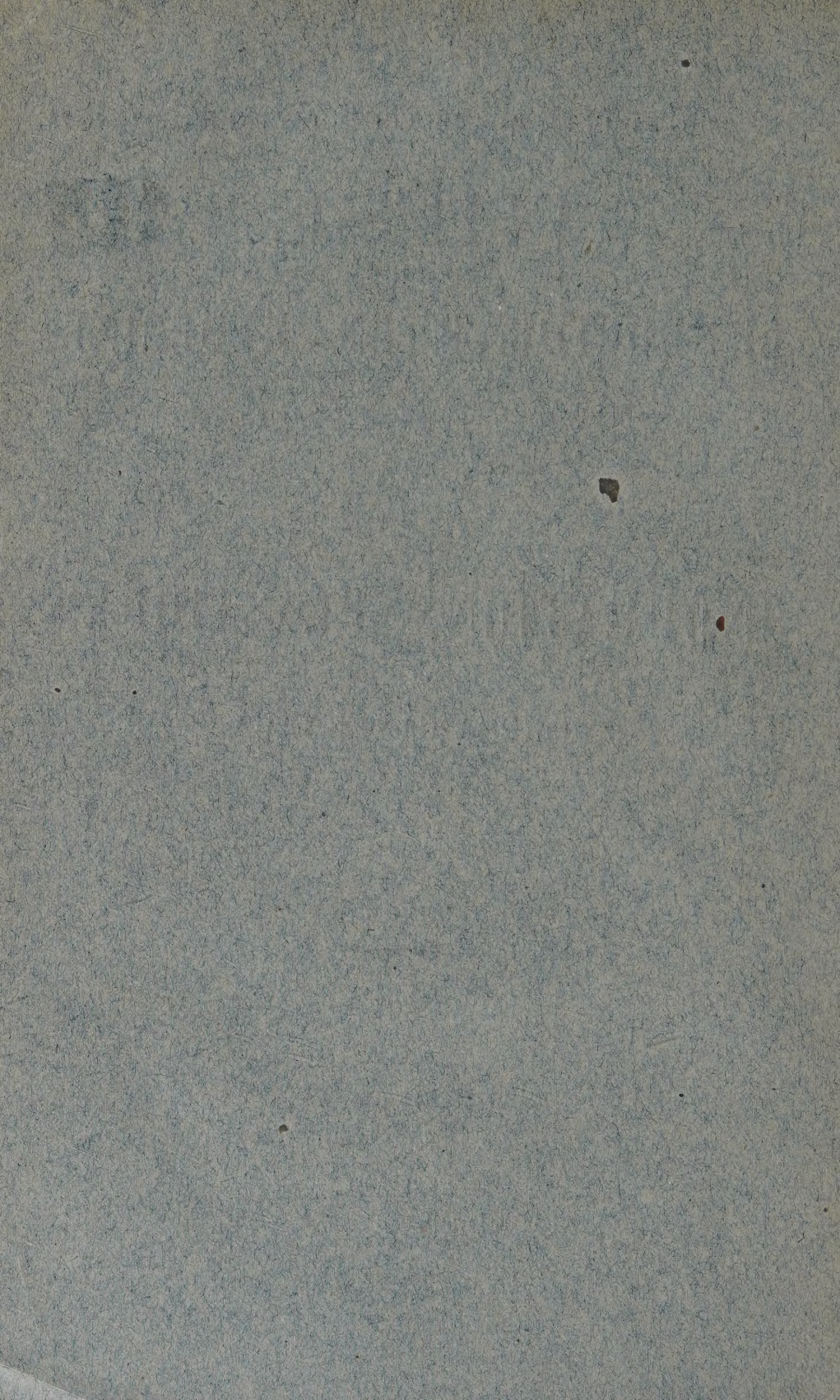
Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911



115

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Jean-Jacques ZISLIN

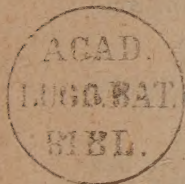
Né à Epinal (Vosges) le 17 octobre 1882

LES

INDURATIONS PLASTIQUES

DES

CORPS CAVERNEUX



Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
	GILBERT.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique médicale	
Maladies des enfants	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERRER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LÔPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SCARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de la Salpêtrière.
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. NÉLATON

(Externat 1904-1905.)

Chirurgien des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR CH. TALAMON

(Externat 1905-1906.)

Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR W. CETTINGER

(Externat 1906-1907.)

Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR LESAGE

(Externat 1907-1908.)

Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR G. GASNE

(Internat prov., 1908-1909) (*In memoriam.*)

Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR P. BAZY

(Internat prov., 1909-1910.)

Chirurgien des Hôpitaux.

A MM. LES DOCTEURS BERGER (*in memoriam*)
BLUM, CARNOT, CAUCHOIX, DUJARIER, HER-
BET (*in memoriam*), LACOMBE, LE DENTU,
MARION, MOUCHET, OMBREDANNE, RAMOND,
SAINTON, TISSIER, TROISIER.

LES
INDURATIONS PLASTIQUES
DES
CORPS CAVERNEUX

DÉFINITION

Les indurations des corps caverneux sont d'observation banale et fréquente, si sous ce titre nous comprenons toutes les affections qui, prenant naissance ou se propageant dans les corps caverneux, y produisent des lésions aboutissant progressivement à l'induration de tout ou partie de ces organes.

Mais nous ne voulons dans cette étude envisager qu'une seule variété de ces indurations, les indurations dites plastiques, encore désignées quelquefois sous les noms de nodus, nœuds, tumeurs fibreuses du pénis, sclérose des corps caverneux.

Cette distinction est-elle vraiment justifiée ? Nous le pensons, car bien qu'elles ne constituent pas une entité morbide bien définie, les indurations plastiques n'en ont pas moins une individualité clinique très tranchée.

Nous aurons l'occasion de discuter longuement la

pathogénie et l'étiologie de cette affection bizarre et d'ailleurs assez exceptionnelle ; nous montrerons qu'il est à l'heure actuelle à peu près impossible de proposer une théorie pathogénique absolument satisfaisante pour tous les cas.

Il n'existe pas une induration plastique des corps caverneux, entité morbide bien définie ; il existe en réalité des indurations plastiques d'origines diverses, mais qui ont toutes des caractères communs assez importants pour qu'on les confonde dans une même étude.

Les indurations plastiques sont en effet des tumeurs fibreuses qui évoluent très lentement, ont un accroissement limité, ne se transforment ni ne dégèrent jamais, se traduisent par une symptomatologie presque toujours identique, comportent un pronostic somme toute assez bénin et sont à peu près rebelles à la thérapeutique tout au moins médicale.

HISTORIQUE ET PATHOGENIE

L'histoire des indurations des corps caverneux remonte déjà à fort vieille date.

C'est en effet à La Peyronie que revient l'honneur de les avoir le premier signalées et décrites dans un mémoire très documenté lu en 1743 à l'Académie royale de Chirurgie. Ce mémoire, « *Sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence* », nous a laissé une description clinique si minutieusement étudiée et si rigoureusement exacte de cette affection, que les nombreux auteurs qui depuis lors ont écrit sur ce sujet n'ont rien modifié et fort peu ajouté à cette symptomatologie tracée de main de maître.

Mais par contre, la pathogénie et l'étiologie de ces indurations ont donné lieu depuis le milieu du siècle dernier à de très nombreuses discussions enregistrées dans divers mémoires français et étrangers ; c'est pourquoi il nous a semblé rationnel de réunir dans un même chapitre l'histoire de la pathogénie de cette affection. Nous éviterons la sèche et fastidieuse énumération nominale des auteurs qui dissertèrent sur ce sujet depuis

La Peyronie jusqu'à nos jours, en passant successivement en revue les nombreuses théories pathogéniques qui font, de ce chapitre encore obscur quoique très fouillé, l'un des plus importants de l'étude des indurations plastiques des corps caverneux.

La Peyronie dans le chapitre consacré « *aux vices d'éjaculation causés par des tumeurs dures formées dans les corps caverneux* », s'exprimait en ces termes : « Cette maladie n'est point rare parmi les hommes d'un âge avancé, surtout parmi ceux qui se sont trop abandonnés à la vivacité de leur tempérament... J'ai vu aussi un grand nombre de personnes, lesquelles avec des accidents véroliques non équivoques, avaient en même temps de pareilles duretés ; les ayant traitées par les frictions mercurielles j'ai observé que tous les accidents véroliques disparaissent ; les malades ont été parfaitement guéris, mais ils ne l'ont pas été des duretés des corps caverneux, lesquelles, pour l'ordinaire, ont resté dans le même état où elles étaient avant le traitement. »

Malgré cette résistance de l'affection au traitement spécifique, La Peyronie la classe néanmoins parmi les lésions vénériennes, hormis, dit-il, les cas les plus fréquents résultant de l'abus des plaisirs de l'amour.

Ricord en 1847 essaie le premier une classification rationnelle des indurations des corps caverneux. Il en décrit trois grandes variétés, les indurations traumatiques, inflammatoires et syphilitiques, ces dernières de beaucoup les plus fréquentes, mais il ajoute qu'il a rencontré exceptionnellement une variété dont la cause exacte lui échappe complètement et qu'il attribue à une

suffusion plastique, indépendamment de toute condition inflammatoire.

Trois ans plus tard, en 1850, Kirby de Dublin publia un mémoire fort documenté sur « *une affection particulière du pénis.* »

Kirby dans ce mémoire séparait nettement les nodus fibreux des autres altérations des corps caverneux et proposait une théorie pathogénique tout à fait nouvelle et hardie. Guidé par les grandes lois de la pathologie générale il chercha à rapprocher ces lésions des affections semblables du système fibreux et à les rattacher à une diathèse. Le nodus fibreux n'était pour Kirby qu'une manifestation locale d'un état constitutionnel.

Se basant sur plusieurs observations dans lesquelles les indurations coexistaient avec des manifestations goutteuses indiscutables, et sur un cas où une induration des corps caverneux coïncidait avec des nodosités des gaines tendineuses et de l'aponévrose palmaire, Kirby n'hésitait pas à rattacher ces lésions du pénis à la grande diathèse arthritique et plus spécialement à la goutte.

Cette opinion à peine émise fut vivement attaquée en France. Diday de Lyon analysant le mémoire de Kirby discute sans vouloir l'admettre, l'hypothèse étiologique proposée par le médecin Irlandais. N'ayant jamais rencontré chez ses malades d'antécédents goutteux, Diday considère les nodosités des corps caverneux comme toujours liées à une affection vénérienne, syphilis quelquefois, blennorragie le plus souvent. Pour lui, la coexistence des manifestations goutteuses

et de nodosités pénienues n'est qu'une simple coïncidence. Il n'y a pas entre les deux de relations de cause à effet et « si ces indurations, dit-il, sont consécutives à la goutte, c'est à une goutte qui n'a rien de commun avec le rhumatisme ».

L'opinion de Kirby ne prévalut pas davantage à l'étranger. En 1852, Galligo de Turin, dans un mémoire « *sur quelques tumeurs spéciales du pénis* », ne mentionne même pas les nodus goutteux et confond dans une même description toutes les indurations des corps caverneux, quelle que soit leur origine, traumatique, blennorragique ou syphilitique.

Scholz, en Allemagne, nie l'origine toujours syphilitique de ces nodus et publie trois observations dans lesquelles la tumeur fibreuse semble être consécutive à une uréthrite inflammatoire.

En 1859, Nélaton reprend l'hypothèse de La Peyronnée. Ces nodosités spontanées du pénis, dit-il, sont dues à des excès vénériens et résultent de la rupture de quelques mailles du tissu caverneux ; elles rentrent donc dans la catégorie des nodosités d'origine traumatique.

La pathogénie des indurations plastiques des corps caverneux reste aussi confuse et imprécise jusque vers la fin du siècle dernier, et en 1877, dans son *Traité des maladies chirurgicales du pénis*, Demarquay étudiant l'induration l'attribue surtout à la syphilis et au traumatisme et mentionne, sans la discuter, l'opinion presque oubliée de Kirby.

Cependant à cette même époque, Cameron de Glasgow publiait un mémoire sur les tumeurs goutteuse

du pénis et l'observation d'un malade atteint depuis deux ans d'une rétraction de l'aponévrose palmaire chez qui il avait vu se développer progressivement un nodus fibreux du pénis.

La discussion reprit avec force, quand Verneuil, en 1882, porta la question devant la Société de Chirurgie. Dans sa communication, il considérait que si le nodus des corps caverneux est une manifestation de la diathèse arthritique, il est surtout une manifestation d'une des formes de cette diathèse, et il le rattachait à une affection constitutionnelle, au diabète. Sur quatre malades, en effet, observés par Verneuil, trois étaient glycosuriques.

Cette origine diabétique des indurations plastiques avait été, avant Verneuil, défendue par Marchal de Calvi qui, dans son *Traité du Diabète*, relate l'observation d'un de ses malades, glycosurique, dont la verge présentait sur la face dorsale un noyau induré.

Malgré son autorité, Verneuil ne put imposer sa conception pathogénique et dans la séance suivante de la Société de Chirurgie, Trélat, Monod, Le Fort ne reconnurent point de relations entre le nodus des corps caverneux et un état constitutionnel quelconque, goutte ou diabète.

Cependant, en Angleterre, sir James Pagett défendait à cette époque l'origine arthritique des indurations plastiques.

« Chez les gouteux la production d'un tissu fibreux qui épaisit et contracte la couche externe de la paroi urétrale, en provoquant de cette manière le rétrécisse-

ment, semble avoir le même processus que l'épaississement et la contraction des tissus palmaires. On peut comparer plutôt ce tissu fibreux à cet épaississement et à ces parties indurées de la gaine des corps caverneux qui provoque la torsion de la verge pendant les érections et qui effraie les malades en leur faisant croire à un cancer. Ces couches épaisses de tissu fibreux peuvent être senties des deux côtés, mais le plus souvent elles occupent la face dorsale du pénis ou la cloison des corps caverneux. »

L'opinion de Verneuil fut cependant reprise et soutenue en France en 1884 par Duploux au Congrès de Blois, et surtout en 1885 par M. Tuffier qui, dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, publia un important mémoire auquel nous avons fait de très larges emprunts.

Dans ce mémoire sont relatées 35 observations dont 23 inédites ; dans 9 de ces observations, les antécédents n'ont pas été relevés et l'examen des urines n'a pas été pratiqué. Sur les 26 autres malades, 15 étaient gouteux et 11 diabétiques et M. Tuffier ajoute : « Les chiffres précédents nous semblent fort concluants. L'affection est liée à la goutte ou au diabète. »

Cette opinion, également soutenue en 1886 par Legalehler-Baron dans sa thèse, est admise par Mauriac. Dans son étude de ces indurations qu'il désigne sous le nom de *sclérose des corps caverneux*, Mauriac, tout en admettant l'arthritisme et le diabète au nombre des maladies capables de donner naissance à cette affection, fait une large part à la blennorrhagie et ajoute encore

que bien souvent il est impossible de remonter à la cause exacte de la lésion.

Delaborde dans sa thèse inaugurale en 1887, adopte à peu près sans discussion les conclusions de M. Tuffier, sans apporter d'ailleurs de nouvelles observations à l'appui de cette théorie ; mais cependant aux deux groupes d'indurations, liées les unes à la goutte, les autres au diabète, Delaborde ajoute un troisième groupe dans lequel il fait rentrer quelques observations éparses et qu'il donne comme d'une étiologie obscure et à peu près inconnue.

Malgré cette restriction, on peut dire qu'à cette époque la question semble à peu près définitivement jugée et l'origine arthritique, goutteuse ou diabétique, est à peu près dans tous les cas incriminée.

En 1893, Delefosse rapporte un cas d'induration survenue chez un jeune homme de 28 ans, atteint depuis plusieurs années d'un écoulement urétral intarissable ; l'observation est muette sur la nature microbienne de cet écoulement. L'examen du canal dit Delefosse dénotait sa parfaite intégrité, mais la mère et les deux frères du malade étant manifestement des arthritiques, Delefosse n'hésite pas à conclure à la nature diathésique de l'induration et admet son origine rhumatismale. Cette conclusion nous semble fort hasardeuse et n'est certes pas à l'abri de toute discussion.

A la même époque Jurquet de Bordeaux publiait deux observations : la première a trait à un homme de 58 ans, ni rhumatisant, ni diabétique, ni syphilitique, nullement athéromateux ; l'étiologie est dans ce cas tout à fait

inconnue ; la seconde observation communiquée à Jurquet par Pousson a trait à un homme de 35 ans qui, à la suite d'un coït désordonné, vit apparaître une petite tumeur dans le corps caverneux droit. Ce malade était en même temps glycosurique et Pousson conclut à la nature diabétique de l'affection qui disparut d'ailleurs rapidement, en même temps que le taux du sucre diminuait après l'institution d'un régime sévère. Cette conclusion de Pousson ne nous semble pas absolument inattaquable, car la tumeur apparut nettement après un coït violent qui a pu créer un traumatisme de la verge ; elle disparut en outre assez vite, et cette évolution n'est pas habituelle et n'est pas signalée dans le cas d'origine diabétique. Il s'agit plutôt, selon nous, d'un noyau de cavernite d'origine traumatique qui se résorba progressivement.

Deux ans plus tard, Batut dans le *Mercredi médical* du 20 février 1895 reprenait la question et citait l'observation d'un jeune homme de 27 ans, atteint depuis huit mois d'une induration augmentant progressivement de volume, absolument indolore et ne provoquant aucune déviation de la verge pendant l'érection. Ce malade nettement syphilitique fut soumis à un traitement ioduré intensif et la tumeur disparut bientôt complètement, mais au bout de quelques mois apparut une nouvelle induration.

L'induration était donc dans ce cas d'une nature indiscutablement syphilitique et à ce propos Batut rappelle des observations analogues de Zeissl, Allen et Taylor, Van Burns, Spaach. Il existe donc des indu-

rations des corps caverneux d'origine syphilitique ; s'agit-il dans ce cas d'indurations plastiques vraies, de nodus fibreux ; nous croyons que ce sont plutôt des gommes du pénis, mais peut-être, et nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ce sujet, les gommes peuvent-elles se transformer en véritables indurations par un processus de sclérose ?

Les deux observations rapportées en 1896 par O'Zoux prêtent aussi à discussion. Il s'agit de deux jeunes gens qui virent apparaître dans l'épaisseur des corps caverneux une induration, à la suite d'injection concentrée de sulfate de cuivre poussée à canal fermé. L'origine de ces indurations semble très nette et il paraît logique de conclure qu'elles sont consécutives à une inflammation localisée des corps caverneux à la suite de cette injection, et, nous nous étonnons de voir O'Zoux attribuer la formation de ces nodosités à des hématomes, dus à une rupture partielle du tissu érectile, sous l'influence d'un traumatisme pénien, bien que les malades n'accusent aucun faux pas du coït et qu'il n'y ait eu au début ni douleur ni ecchymose !

Étienne dans les *Annales de la Polyclinique de Toulouse* a publié en 1892 trois observations bientôt suivies de trois autres en 1893 ; il y joint 4 nouveaux cas en 1906. Dans ces 10 observations, Étienne incrimine 7 fois l'arthritisme et 3 fois le diabète, mais le malade de l'observation n° 1, âgé de 33 ans, était atteint d'une uréthrite chronique ; son canal était dur, inégal, aussi nous semble-t-il difficile d'admettre sans discussion l'origine arthritique de cette induration

qui pouvait fort bien être d'origine inflammatoire.

Enfin il nous reste à mentionner l'un des derniers travaux d'ensemble parus sur cette question, les articles d'Hamon sur « *Les Péro-phlegmasies spongieuses et cavernueuses* ». Sous ce titre Hamon réunit les inflammations du tissu spongieux et du tissu caverneux. Dans le chapitre consacré aux inflammations chroniques des corps caverneux qui rentrent seules dans le cadre de notre étude, cet auteur après avoir passé en revue les diverses théories pathogéniques, insiste surtout sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents des malades qu'il a observés, et malgré l'échec presque constant du traitement spécifique considère l'origine syphilitique comme la plus fréquente, sans toutefois repousser les autres hypothèses pathogéniques.

Telles sont les diverses théories qui ont été successivement proposées.

Nous devons maintenant nous demander s'il est possible d'adopter sans discussion l'une de ces théories ou s'il faut chercher une part de vérité dans chacune d'elles.

Nous publions, en fin de ce travail, 26 observations d'induration plastique des corps caverneux, complètement inédites et pour la plupart recueillies à la Consultation spéciale de l'hôpital Lariboisière, ou dues à l'obligeance du D^r Bazy.

Dans aucune de ces observations nous n'avons relevé la coexistence du diabète ou de la goutte, sauf dans un cas qui nous a été communiqué par le D^r Bazy, et ayant trait à un malade qui disait avoir eu dix ans auparavant un diabète léger. Nous sommes donc loin de pouvoir con-

clure avec M. Tuffier : « L'affection est liée à la goutte ou au diabète. » Dans douze de ces observations inédites nous relevons l'existence antérieure d'une ou de plusieurs blennorrhagies, bénignes dans presque tous les cas, apparemment guéries sans complications, sauf un cas compliqué d'épidydimite unilatérale et un autre compliqué de rétrécissement, et dans la plupart de ces observations, les indurations ne sont apparues que de très longues années après la guérison de la chaude-pisse. Est-il possible d'admettre dans ces dix cas d'une façon sérieuse la blennorrhagie comme facteur de ces nodus fibreux ? Cela nous semble assez difficile, d'autant plus que nous n'avons jamais relevé d'accidents pouvant faire croire à des reliquats de phlébite infectieuse localisée du corps caverneux, ni à l'histoire d'une rupture de la corde chez un blennorrhagien.

Nous ne pouvons pas cependant nier l'origine quelquefois blennorrhagique de ces indurations. L'infection du canal peut s'étendre aux corps caverneux et y créer un petit foyer inflammatoire qui évoluera insidieusement et subira peu à peu une transformation fibreuse ; tantôt ce sera un véritable noyau bien localisé ; tantôt au contraire ce sera une plaque diffuse. L'induration plastique ne serait dans ces cas que l'aboutissant d'un foyer de cavernite chronique infectieuse localisée.

Nous n'avons retrouvé que trois fois la syphilis dans nos observations. Dans aucun de ces cas il ne s'agissait de la gomme du pénis à développement lent et progressif mais cédant à un traitement mercuriel intensif. Dans ces trois cas le traitement mixte n'a amené au-

cune amélioration, mais suivant la juste remarque d'Hamonic, l'échec du traitement spécifique n'est pas toujours une raison suffisante pour nier l'origine syphilitique d'une maladie, et malgré leur résistance absolue au traitement personne ne songe à discuter l'origine du syphilome ano-rectal, de certaines manifestations hépatiques, du tabes ou de la paralysie générale, et Hamonic ajoute qu'au début quand la lésion est plutôt embryonnaire que fibreuse, le traitement mixte peut donner de bons résultats.

Dans une des observations que nous publions, l'induration plastique survint chez un vieillard en même temps qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire. Kirby avait déjà publié une observation analogue et Neumark en 1906, Whitacre en 1910, citent des cas identiques. Devant ces faits il peut être vraisemblable d'incriminer le même processus pathologique et de considérer ces affections du système fibreux comme dépendant de la diathèse arthritique, à moins toutefois qu'avec M. Poncet et ses élèves on ne veuille admettre l'origine tuberculeuse de cette maladie de Dupuytren jusqu'alors rattachée à l'arthritisme ; et de fait, un de nos malades était un tuberculeux pulmonaire avéré depuis de longues années, sans aucune autre affection concomitante. De plus, Sabrazès et Muratet ont décrit une forme nodulaire de la tuberculose de la verge et Luigi Bruno a rencontré chez un malade atteint de tuberculose rénale, au niveau de la partie moyenne de la verge, un petit noyau dans lequel l'examen histologique montra des lésions pures de tuberculose.

Il nous reste encore à incriminer, dans une de nos observations, l'origine traumatique. Le malade disait que sa verge avait été fortement contusionnée par la patte d'un gros chien qui l'avait serrée contre le bord d'une chaise et depuis ce moment il avait constaté au niveau du point contus l'apparition d'une plaque indurée.

Enfin dans les dix derniers cas inédits que nous publions, les antécédents des malades et leur état n'ont fourni aucun renseignement permettant de rattacher l'induration dont ils étaient porteurs à quelque diathèse ou maladie aiguë antérieure.

C'est pourquoi il ne nous paraît pas possible de proposer une théorie pathogénique qui puisse s'adapter à la majorité des cas d'induration des corps caverneux, et de faire rentrer systématiquement dans le cadre d'une diathèse quelconque, si grande que soit la diathèse et si vaste que soit le cadre, une affection qui peut s'observer dans des conditions très variables et sur des sujets très différents.

Il faut, nous semble-t-il, admettre l'origine arthritique, goutteuse, diabétique, syphilitique, infectieuse ou traumatique de certaines de ces indurations plastiques, faire une place à l'origine tuberculeuse de l'affection, et laisser encore grand ouvert le chapitre des causes inconnues.

Et c'est pourquoi nous avons écrit plus haut qu'il n'existe pas une induration plastique des corps caverneux, entité morbide bien définie, mais des indurations plastiques d'origines diverses et nous ne saurions, en

terminant ce chapitre, mieux exposer notre pensée qu'en citant cette phrase d'Hamonic :

« L'induration est moins une maladie propre qu'un aboutissant. C'est la résultante des états inflammatoires, des traumatismes, aussi bien que de certaines dyscrasies générales. »

ÉTIOLOGIE

Nous avons au chapitre précédent, longuement étudié les causes efficientes qui peuvent être incriminées dans la production des indurations plastiques des corps caverneux. Aussi nous semble-t-il inutile de revenir une fois encore sur ce sujet et nous n'aurons en vue dans ce chapitre que l'étude des causes prédisposantes et à ce point de vue étiologique, il nous paraît encore que les opinions doivent différer.

« Sur la question de l'âge, dit M. Tuffier, tout le monde est d'accord ; c'est sur la limite de la vieillesse, de 50 à 60 ans, que débutent les indurations », et l'auteur du mémoire cite comme un fait unique et exceptionnel l'observation d'un jeune homme de 26 ans porteur d'un nodus fibreux du pénis.

Mauriac cite cependant un certain nombre d'observation de malades âgés de moins de 40 ans et dans tous ces cas les indurations reconnaissent pour cause soit la blennorrhagie, soit la syphilis.

Or, s'il est indiscutable que le maximum de fréquence s'observe chez des sujets âgés, il est loin d'être excep-

tionnel cependant de rencontrer cette affection chez des sujets jeunes.

Le malade de Delefosse n'avait que 28 ans ; un des malades d'Étienne était âgé de 33 ans. Le malade de Jurquet et Pousson avait 35 ans.

Dans les 26 observations inédites que nous avons recueillies, nous trouvons 12 cas où l'induration apparut avant l'âge de 50 ans, 1 fois à 26 ans, 6 fois entre 30 et 40 ans et 5 fois entre 40 et 50 ans.

L'affection n'est donc pas d'une extrême rareté chez les sujets jeunes et ce fait est important à connaître parce qu'il éloigne dans ces cas l'hypothèse d'une manifestation fibreuse d'origine arthritique — puisque c'est à un âge plus avancé que se produisent habituellement ces manifestations, — et aussi parce que l'allure clinique de la maladie est bien différente. Et en effet, comme nous le verrons dans un prochain chapitre, ce qui n'est en somme qu'une petite infirmité chez un vieillard dont les facultés génitales ont disparu, peut au contraire chez l'adulte devenir une affection beaucoup plus sérieuse, en raison de la gêne considérable apportée à l'érection et des phénomènes douloureux qui l'accompagnent le plus souvent.

L'étiologie aussi bien que la pathogénie de cette affection prêtent donc encore, on le voit, à de nombreuses discussions et cette obscurité est certainement en rapport avec la très grande rareté des observations publiées sur ce sujet.

Ricord n'en vit que 20 cas dans toute sa carrière.

Sur 1.500 vieillards pris sans distinction, M. Tuffier

n'a pu trouver que cinq nodus des corps caverneux et l'ensemble des 26 cas que nous avons pu recueillir porte sur un chiffre de plus de 30.000 malades atteints d'affections génito-urinaires examinés dans le service Civile à Lariboisière ou à la consultation spéciale du Dr Bazy à l'hôpital Beaujon.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'étiologie et la pathogénie des indurations plastiques des corps caverneux prêtent encore à de nombreuses discussions, l'anatomie pathologique n'est malheureusement pas beaucoup plus précise, et cette imprécision résulte naturellement du nombre très restreint des examens histologiques qui ont pu être pratiqués jusqu'à présent.

Le siège de ces indurations est à peu près constant. Le nodus n'occupe pas indifféremment tous les points des organes érectiles ; il débute toujours sur la face dorsale et, comme l'a bien montré M. Tuffier, envahit la gaine fibreuse qui enveloppe les corps caverneux, soit sur ses faces latérales, soit au niveau de la cloison qui les sépare et spécialement dans la région où les deux corps caverneux viennent se rejoindre en avant du pubis. Mais la lésion porte-t-elle toujours et uniquement sur la membrane enveloppante des corps caverneux ? Nous ne le pensons pas. Dans un chapitre précédent nous avons défendu les origines traumatique, infectieuse, syphilitique qui nous semblent possibles, voire

même probables dans un certain nombre de cas. Il est bien évident que les lésions initiales se produisent alors non pas au niveau du septum intercaverneux ou de la membrane enveloppante des corps érectiles, mais bien dans l'épaisseur des corps caverneux. Ce sont au début des noyaux de cavernite ou des gommes, qui progressivement, après un temps plus ou moins long, se transformeront en indurations fibreuses, par un processus de sclérose analogue à celui que l'on observe sur d'autres points de l'organisme.

Cette opinion avait été déjà soutenue autrefois par Ricord et par Nélaton.

Ricord cité par M. Tuffier disait : « L'induration des corps caverneux est le résultat d'une phlébite plastique ; les aréoles des tissus érectiles s'oblitérent peu à peu ; le tissu fibreux succède à l'exhalation plastique et s'organise de manière à faire obstacle à la pénétration du sang dans les points des corps caverneux où il existe. »

Nélaton pensait à une induration secondaire, à l'organisation d'un épanchement sanguin résultant d'une rupture partielle du tissu des corps caverneux.

Pour Van Buren et Keyes cités par Mauriac, « l'induration est produite par une inflammation chronique d'une espèce particulière s'emparant de certains points du tissu érectile et ayant pour résultat d'épaissir les minces parois des alvéoles, de remplir préalablement leurs cavités d'une exsudation fibreuse, de façon qu'elles ne peuvent plus être distendues par le sang pendant que s'opère la turgescence du reste de l'organe ».

Pour Mauriac la sclérose occupe toujours le tissu érectile et ce sont les couches les plus superficielles de la face supérieure ou les bords qui sont à peu près exclusivement indurés (Thèse de Delaborde).

Ces opinions vivement combattues par M. Tuffier et Delaborde nous semblent cependant défendables.

D'après ces auteurs, la lésion porte toujours et uniquement sur la membrane enveloppante, normalement constituée chez l'adulte par des faisceaux fibreux entrecroisés et de nombreuses fibres élastiques.

Or chez le vieillard la structure anatomique change. Les éléments élastiques semblent disparaître, tandis que le tissu fibreux s'hyperplasie considérablement.

C'est de cette production fibreuse exagérée que résultera la formation d'un nodus fibreux, et l'affection ne serait en somme que l'exagération d'un travail physiologique.

Cette hypothèse est vraisemblable dans un très grand nombre de cas, lorsque l'induration apparaît par exemple chez des sujets âgés arthritiques, rhumatisants ou gouteux, puisqu'il est à peu près indiscutable que suivant l'expression même de M. Tuffier, « l'arthritisme localise par excellence ses manifestations sur le tissu fibreux » ; mais ce processus n'explique nullement, à notre avis, l'existence de ces indurations chez des sujets jeunes, ce qui, nous le répétons, est loin d'être exceptionnel, à moins que l'on ne se contente chez les individus au-dessous de 50 ans de la raison « de la vieillesse prématurée des tissus » !

Hamonic incriminant dans presque tous les cas la sy-

philis, dit que la lésion primitive consiste en un épaissement des trabécules du tissu érectile, suivi d'une exsudation plastique dans les aréoles, consécutive au trouble épithélial. Enfin les trabécules s'oblitérent et une masse fibreuse imperméable se forme.

Quoi qu'il en soit, les très rares examens histologiques qui ont pu être pratiqués sont d'accord sur la constitution de la tumeur. Le nodus enlevé par Verneuil et soumis à l'examen histologique était constitué par un tissu analogue à celui des kéloïdes : cellules embryonnaires en îlots, tendant à la transformation fibreuse, peu de vaisseaux, trame fibreuse ressemblant à celle des cicatrices.

Fiault qui examina les deux indurations enlevées par Bilhaut donne les résultats suivants :

« Ces tumeurs sont exclusivement composées de tissu fibreux. Les vaisseaux y sont assez abondants et recouverts de membranes normalement constituées.

« Ces tumeurs semblent une extension de tissus fibreux adjacents normaux de la verge. Leur structure est toute différente de celle du tissu spongieux, érectile, des corps caverneux. »

D. Bour ayant examiné le nodus enlevé à un des malades opérés par Lavenant donne comme résultat de son examen : « Tissu fibreux pur ; à la périphérie tissu érectile, sans rapport avec le tissu fibreux adjacent. »

Ainsi donc, la nature fibreuse de ces tumeurs est absolument indiscutable. Jamais on n'a signalé dans l'épaisseur de ces indurations de dépôt calcaire, de pla-

que d'ossification et il nous semble donc rationnel de distraire de notre étude des ossifications partielles du pénis dont nous verrons les principaux caractères au chapitre du Diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique des indurations plastiques des corps caverneux sont encore fort obscures, par contre leur symptomatologie, à peu près toujours identique, est fort bien connue depuis longtemps et la description clinique magistrale de La Peyronie, vieille déjà de près de deux siècles, n'a guère été modifiée.

Les nodus fibreux des corps caverneux peuvent se présenter sous des aspects assez variables. Le plus souvent l'induration est unique ; c'est, suivant sa forme, une plaque ou un noyau. Elle est arrondie ou elliptique suivant le grand axe du pénis, de dimensions qui peuvent varier de la grosseur d'un très petit pois à celle d'un gros haricot. Les contours sont généralement assez nets et réguliers ; les bords sont mousses et faciles à séparer des parties voisines ; cependant il est des cas où le noyau initial ne reste pas aussi nettement limité. L'induration peut progresser, pousser en quelque sorte des prolongements et dans les cas fréquents où elle débute par la cloison il n'est pas rare de la voir s'étendre et

envahir soit un seul côté, soit les deux côtés à la fois; M. Tuffier donne de cette variété d'induration la description suivante: « Ce noyau a la forme d'un coin dont la base répondrait à la veine dorsale et dont le sommet viendrait s'enfoncer entre les deux corps caverneux absolument comme le corps d'Hyghmore s'enfonce dans le testicule. De la base de ce coin naissent de petites ailes qui vont, de chaque côté, recouvrir dans une étendue plus ou moins grande, la surface des corps caverneux. »

Quelquefois encore, mais plus rarement, l'induration est accolée aux parois latérales des corps caverneux et se présente sous l'aspect d'un véritable chaton de bague.

Mais dans des cas qui ne sont pas exceptionnels les nodosités fibreuses sont multiples, tantôt isolées, tantôt reliées entre elles, sous la forme d'un chapelet d'indurations d'inégale grosseur. Parfois enfin tout un segment du corps caverneux est envahi et si la lésion est symétrique, elle forme une sorte d'anneau étranglant la verge dans l'érection.

Isolées ou multiples, ces indurations ont des caractères physiques qui ne varient pas. Elles sont dures, d'une dureté spéciale que M. Tuffier compare à celle d'un fibrome; quelquefois leur consistance est presque cartilagineuse et dans quelques cas leur dureté pierreuse a pu faire croire à une ossification partielle du pénis, bien qu'il ne s'agisse pas en réalité, comme nous l'a montré l'anatomie pathologique, d'une transformation calcaire.

Au niveau des indurations, la peau présente son aspect normal ; elle est parfaitement mobile sur la tumeur sous-jacente qui le plus souvent ne fait aucune saillie appréciable à la vue, lorsque la verge est à l'état de flaccidité ; dans une observation cependant, relatée par MM. Billhaut, l'induration faisait non seulement une saillie mais encore produisait une déviation très accentuée de la verge dont la partie antérieure, coudée sur le segment postérieur, retombait en dehors de toute érection, à la façon d'un battant de cloche. Mais dans tous les cas, la tumeur est absolument fixe et puisque développée aux dépens du septum intercaverneux ou de l'enveloppe, il est impossible de la mobiliser en aucun sens.

La palpation de ces indurations est en général complètement indolore ; cependant dans quelques cas nous avons observé une sensibilité très marquée à la pression et certain malade, très névropathique il est vrai, se plaignait de souffrir à un tel point en dehors de toute congestion des corps caverneux, qu'il fut conduit au suicide.

Mais on peut dire qu'en règle générale, les indurations plastiques des corps caverneux n'engendrent aucun trouble fonctionnel en dehors de l'érection, et lorsqu'on constate un trouble ou une gêne de la miction, c'est qu'il existe une lésion urétrale indépendante, le plus souvent un rétrécissement d'origine blennorragique ; mais hormis ces cas où coexistent des indurations et un rétrécissement, on peut facilement constater, avec l'explorateur à boule, la parfaite intégrité du canal et le

cathéter ne perçoit à aucun moment une diminution de calibre de l'urètre.

Mais par contre, pendant l'érection, les troubles fonctionnels sont très marqués.

La douleur nous semble un symptôme de tout premier ordre sur lequel ont très insuffisamment insisté les auteurs qui ont abordé ce sujet, M. Tuffier dit simplement : « Les tiraillements du tissu spongieux par ces brides inextensibles rendent l'érection un peu douloureuse. »

Delaborde, deux ans plus tard, dans sa thèse, insiste un peu plus sur ce symptôme. Citant Mauriac, il écrit : « Quand le pénis est turgescant, les malades accusent un sentiment de resserrement, d'étranglement, de constriction, une sorte de douleur crampoïde qui ne cessent que pendant le repos de l'organe (Mauriac). » Mais Delaborde ajoute cependant : « La douleur, on le voit, n'est jamais bien vive et les malades ne s'en troubleraient pas outre mesure, si elle n'accompagnait d'autres désordres vraiment caractéristiques de la maladie. »

En réalité, dans plus des trois quarts des cas que nous avons recueillis, nous avons noté la douleur comme un des symptômes les plus importants, et c'est en général parce qu'ils souffraient que les malades sont venus consulter. Quelquefois simple gêne, elle s'accroissait dans d'autres cas au point de devenir intolérable et les malades redoutaient alors la moindre érection et évitaient autant que possible tout rapport sexuel.

Mais la douleur n'est pas le seul élément qui rendra le

coût le plus souvent très difficile et quelquefois même impossible.

Et en effet l'existence d'une ou de plusieurs indurations dans les corps caverneux entraîne des déformations et des déviations de la verge, pendant l'érection, mais seulement à ce moment.

(Mais puisque à toute règle, même la plus fixe, il faut au moins une exception, nous citerons encore une fois la récente observation de Bilhaut dans laquelle la déformation de la verge était presque aussi accusée à l'état de flaccidité qu'à l'état d'érection, mais tandis qu'au repos la partie antérieure de la verge retombait comme cassée au niveau de l'induration, à l'état érigé au contraire, elle exagérait sa courbure normale, et devenait presque annulaire, conformément aux lois qui régissent la déviation du pénis dans ces cas et que nous allons étudier un peu plus loin.)

Ces déviations consistent en incurvations anormales et très singulières ; elles varient suivant le siège et l'étendue de la tumeur, mais elles ont un caractère constant et extrêmement important ; leur concavité est toujours dirigée du côté correspondant à la tumeur.

La Peyronie cité par M. Tuffier avait parfaitement décrit ces déviations de la verge et envisagé leurs conséquences :

« Si une des tumeurs dures du corps caverneux est située vers le milieu du corps caverneux droit, la verge, au lieu de se dresser en ligne droite, décrira un arc dont la courbure sera du côté droit ; si la dureté est du côté gauche, la courbure sera de même du côté de la

dureté. Si le ganglion, le chapelet ou la dureté est dans la partie des corps caverneux qui regarde le périnée, la verge se courbera en bas et elle se courbera en haut, si la dureté est à la partie du corps caverneux qui répond à l'os pubis.

La courbure est toujours du côté où est la maladie ; en voici probablement la raison : l'érection dépend de la dilatation ou du gonflement des cellules des deux corps caverneux ; s'ils se gonflent également, l'un des deux corps caverneux ne l'emportant par sur l'autre, ils concourent également à la même action et l'érection devra se faire en ligne droite ; mais si la dureté ou un dessèchement dans quelque portion de l'un des deux corps caverneux empêche la dilatation des cellules de cette portion, le corps caverneux sera, dans cet endroit, bridé, durci ou desséché ; il s'y fera un enfoncement qui sera le centre de la courbure. » (La Peyronie).

Il est facile de se rendre compte de l'aspect de la déformation suivant le siège de l'induration.

Lorsqu'elle s'est développée aux dépens de la cloison et reste médiane, la courbure de la verge se trouve exagérée ; le pénis se redresse en forme d'arc de cercle à convexité inférieure et le gland peut venir au contact de la paroi abdominale ; c'est la déformation annulaire que les malades traduisent parfois par des expressions qui ne manquent pas de pittoresque dont quelques-unes sont consignées dans la thèse de Delaborde :

« Le malade de Marchal de Calvi disait que sa verge « faisait trompette », — celui de Poirier écrivait : « Je ne sais ce que j'ai, ma queue vrillonne comme celle d'un

goret », et un autre déclarait à Lereboullet que pendant les érections « sa verge se cassait et retombait sur son ventre ».

Mais si la lésion primitivement médiane s'étend à un des côtés de la gaine des corps caverneux, le pénis présente alors une courbure dorsale à laquelle se surajoute une courbure latérale. Il louche, c'est un véritable « strabisme pénien », suivant l'expression de Ricord.

Lorsque au contraire les corps caverneux sont envahis presque en totalité par l'induration, la partie antérieure de la verge ne peut plus entrer en érection ; n'étant plus gonflée par l'afflux sanguin, elle forme sur la partie postérieure, seule rigide, comme la seconde branche du fléau, suivant la pittoresque expression de Ricord.

Et si enfin le nodus fibreux siégeait à la partie inférieure, mais ce cas doit être bien exceptionnel puisque nous n'en avons relevé aucun exemple, la verge au lieu de se redresser pendant l'érection s'incurverait en bas ; ce serait alors une variété de l'*erectio humilis* des anciens.

Cependant, il est des cas où la déviation de la verge peut manquer : « Si deux nodosités siègent en un point diamétralement opposé, dit M. Tuffier, les lésions se compensent ; le pénis est dans l'axe, mais comme il ne peut s'allonger normalement au milieu des indurations, il est rapetissé, tortueux, comme ratatiné en ce point. »

Hormis ces cas, on peut dire que la déviation est d'autant plus marquée que le noyau siège plus près du pu-

bis, comme l'avait déjà fait observer Mauriac, mais contrairement à l'assertion de Delaborde il ne nous semble pas que la déformation soit toujours en rapport avec l'étendue de la lésion fibreuse. Tels malades sont porteurs d'une grosse plaque indurée qui entraîne une déviation minime, tandis que d'autres présentant un petit nodus de la grosseur d'un pois ont le pénis très dévié.

Quoi qu'il en soit, on s'explique aisément qu'une déviation accentuée puisse être un obstacle à l'éjaculation. Les malades quelquefois éprouvent toutes les sensations qui accompagnent habituellement l'éjaculation, mais celle-ci n'a point lieu, ou plus exactement elle est retardée. Le sperme s'écoule en bavant, quand la couture du pénis est moins accusée, c'est-à-dire quand l'érection a diminué. Ce fait n'avait pas échappé aux anciens auteurs. La Peyronie dit : « La semence darde intérieurement » et un peu plus loin « quoiqu'il se fasse une effusion de la semence par les vaisseaux éjaculateurs aussi vive et peut-être aussi sensible que dans l'état naturel, la semence n'est point éjaculée par la verge ; elle sort en forme de bave par l'ouverture du gland et cette bave pour ainsi dire ne commence à paraître que longtemps après que l'on a senti l'éjaculation intérieure. » (La Peyronie, *loc. cit.*)

Enfin la déviation de la verge a pour conséquence de rendre le coït souvent difficile, quelquefois même complètement impossible.

L'introduction du pénis dans le vagin, en dehors des douleurs violentes qu'elle peut provoquer, n'est pas

toujours praticable et on conçoit que la suppression des rapports sexuels puisse influencer considérablement l'état nerveux des malades.

M. Tuffier cite dans son mémoire le cas d'un jeune homme qui : « dans l'impossibilité de se livrer à aucun rapport sexuel à cause de la courbure exagérée de sa verge en érection, s'était livré à l'onanisme ; les excès de masturbation déterminèrent chez lui des troubles du système nerveux et les névralgies dont il était l'objet lui avaient rendu la vie si insupportable que deux fois il avait tenté de se suicider. »

Dans plusieurs de nos observations nous avons également relevé cet état névropathique très accusé. Le plus souvent les malades jeunes ou ceux qui ont encore conservé des érections malgré leur âge avancé, s'affectent rapidement, plus peut-être de la déformation que des douleurs éprouvées. L'attention est toujours appelée sur leur affection à la moindre érection. Ils deviennent tristes, hypocondriaques, exagèrent volontiers leurs souffrances et cette obsession devient telle qu'elle peut provoquer, comme nous l'avons relevé dans une de nos observations et comme l'ont signalé M. Tuffier et M. Fournier, des idées de suicide.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution des indurations plastiques des corps caverneux est beaucoup moins bien connue que leur symptomatologie.

Le début insidieux est assez lent et passe généralement inaperçu. Dans une de nos observations cependant, d'origine nettement traumatique, le début fut brusque et le malade vint consulter parce qu'il constatait l'apparition d'une plaque indurée au niveau du point contusionné ; mais s'agissait-il dans ce cas d'une induration plastique vraie, d'un nodus fibreux comparable à ceux que nous avons décrits ? Nous ne le pensons pas ; il s'agissait bien plutôt d'un noyau de cavernite qui disparut d'ailleurs à peu près complètement au bout de quelques mois.

Mais cependant, puisque nous avons admis qu'une induration plastique pouvait être l'aboutissant éloigné d'un traumatisme, nous pouvons envisager l'apparition brusque d'une nodosité comme possible ; mais, en général, il est très difficile de préciser la date d'apparition de l'induration.

Le noyau est au début si petit qu'il n'entraîne aucun trouble fonctionnel et ne provoque aucune douleur, mais, au fur et à mesure de son accroissement, apparaissent les phénomènes douloureux et la déviation de la verge. Le coït de plus en plus difficile devient très douloureux, et c'est à cette période, lorsque l'affection est constituée, très longtemps après son début, que le malade vient consulter.

Mais arrivé à un certain degré de développement, il semble que le nodus fibreux n'ait plus de tendance à progresser. Son évolution est pour ainsi dire arrêtée. Tel il est maintenant, tel il restera à peu près indéfiniment; il existe des cas où l'induration est très étendue en surface et où l'on pourrait craindre l'envahissement de toutes les enveloppes des corps caverneux par le processus fibreux, mais en réalité l'induration généralisée ne s'observe jamais; ce que l'on voit, ce que relatent toutes les observations c'est l'existence d'une ou plusieurs indurations limitées dans le septum intercaverneux ou dans la gaine de ces organes. Quand il existe des indurations multiples, il semble que leur apparition puisse se faire tantôt simultanément, tantôt par poussées successives.

Les troubles fonctionnels ne se modifient guère pendant l'évolution des indurations. Les déviations de la verge ont tendance à s'accroître de même que les douleurs; mais ces douleurs surtout violentes pendant les érections disparaissent naturellement chez les sujets âgés, privés de cette précieuse faculté, mais l'âge où « l'érection n'est plus qu'une vanité », suivant l'expres-

sion de M. Tuffier, est bien difficile à déterminer. Nombre de malades ayant dépassé la période habituelle de virilité conservent encore l'ardeur et la vigueur de leurs jeunes années, et viennent se plaindre non sans raisons, de la gêne insupportable causée par leur affection.

Nous avons en outre insisté déjà sur ce fait, que l'induration plastique des corps caverneux n'était nullement l'apanage exclusif de la vieillesse; elle s'observe assez fréquemment chez des sujets jeunes et l'on conçoit que dans ces cas cette infirmité puisse avoir les plus funestes conséquences en influençant très fâcheusement l'état moral du malade, et, à ce propos, M. Fournier, cité par Delaborde, disait dans une de ses leçons : « Vous ne sauriez croire ce que ces lésions déterminent d'inquiétude, de chagrin, de morosité, d'affliction profonde, d'hypocondrie. J'ai vu des malades me déclarer qu'avec une telle infirmité la vie leur était à charge et énoncer froidement des projets de suicide. »

Ainsi donc, le pronostic de cette curieuse affection, sans être très sérieux en lui-même puisqu'elle n'altère en rien la santé générale du malade, n'est pas aussi bénin que l'ont dit certains auteurs, en raison précisément de ces troubles nerveux qu'elle engendre secondairement, et aussi, un chapitre suivant en fera largement la preuve, parce que cette affection est à peu près rebelle à toute thérapeutique; les malades essaient successivement tous les traitements, s'adressent à tous les médecins, sans qu'il soit le plus souvent possible d'apporter un soulagement à leurs misères.

L'induration plastique des corps caverneux peut-elle se compliquer ?

Nous n'avons dans aucune observation relevé la dégénérescence de la plaque fibreuse ; la transformation cancéreuse n'a jamais été signalée, pas plus que la transformation calcaire, ce qui permet une fois de plus de séparer ces indurations fibreuses, des ossifications partielles du pénis.

Il nous faut cependant mentionner un accident possible signalé par Ricord.

Les malades gênés par la déviation de la verge peuvent chercher à la corriger, et, à provoquer le redressement du pénis en érection par des manœuvres manuelles plus ou moins violentes. Il peut en résulter une rupture de quelques alvéoles de tissu spongieux et la formation secondaire d'un noyau cicatriciel qui aggrave la lésion primitive. Dans un cas de Ricord, ce redressement forcé se fit pendant le coït.

« Aussi, dit M. Tuffier, faut-il recommander aux malades de ne point essayer la correction de leur strabisme pénien », car suivant la très juste sentence de Ricord, « le fourreau doit se modeler sur l'épée et non l'épée sur le fourreau » mais nous ajouterons que malheureusement le fourreau n'est quelquefois pas assez modelable ou assez complaisant et que l'épée ne peut toujours s'y loger, tout au moins sans courir le risque de quelque dommage !

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des indurations plastiques des corps caverneux est en général très facile et il suffit de connaître l'existence de ces tumeurs fibreuses, rares il est vrai, pour ne pas les confondre avec les diverses tumeurs dont la verge peut être le siège.

Nous avons au chapitre de la Symptomatologie longuement étudié le siège exact et les caractères physiques de ces nodus fibreux et nous avons particulièrement insisté sur les troubles fonctionnels qu'ils entraînent et qui sont très caractéristiques de cette affection.

Nous mentionnerons cependant les diverses affections qui pourraient à un examen superficiel simuler les indurations plastiques, et, en tête de ce chapitre du diagnostic différentiel, nous inscrirons tout d'abord le cancer de la verge.

Le *cancer de la verge* est, on le sait, une affection relativement fréquente, mais elle débute presque toujours par le gland ou par le prépuce et ce n'est, d'après M. Legueu, que dans 10 % des cas que le cancer envahit

isolément les corps caverneux à la suite du gland. Quelle que soit sa variété clinique et M. Legueu distingue à ce sujet une forme bourgeonnante, une forme rongeante et une forme méatique, le néoplasme présente des caractères particuliers. Outre l'aspect extérieur de la lésion propre à chacune de ces formes et bien différent de celui d'une induration plastique, on note une symptomatologie et une évolution spéciales au cancer ; on observe également un envahissement des ganglions lymphatiques de l'aîne et plus ou moins rapidement apparaissent les signes généraux de cachexie cancéreuse ; cependant il faut se rappeler que le cancer de la verge a souvent une évolution extrêmement lente qui peut se prolonger pendant plusieurs années, et qu'au début le diagnostic peut en être difficile, avant la période d'ulcération, lorsque les noyaux sont encore petits, et nous n'oserions proposer comme moyen de différenciation le siège profond des noyaux cancéreux par opposition au siège presque toujours périphérique des nodus plastiques.

De même on pourrait, se trouvant pour la première fois en présence d'une induration annulaire, croire qu'il s'agit d'une affection urétrale ou péri-urétrale, d'un rétrécissement d'origine traumatique par exemple, mais *les indurations inflammatoires* tiennent à l'urètre ; *les indurations traumatiques* sont consécutives à une rupture des corps caverneux, à un faux pas du coït le plus souvent, et, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles peuvent aboutir à la formation d'un nodus fibreux, par suite de l'organisation du caillot. Il sera en tous cas nécessaire d'explorer soigneusement l'urètre chaque

fois qu'on constatera par la palpation l'existence d'une tuméfaction circonscrite de la verge, et cette exploration faite à l'aide d'une sonde rigide ou mieux d'un béciqué droit montrera dans le cas d'induration plastique vraie, la parfaite intégrité du canal, en même temps qu'elle permettra de mieux sentir tous les détails de la tumeur.

Nous ne ferons que mentionner comme cause d'erreur possible, *les tophus de la goutte* qui siègent soit dans la peau, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ; leur consistance est plus dure ; ils sont insensibles, de formes irrégulières et finissent par ulcérer les téguments.

La tuberculose de la verge peut prêter rarement à confusion ; presque toujours elle revêt une forme ulcéreuse ou chancreiforme ; quelquefois cependant les lésions profondes consistent en abcès du corps caverneux que la palpation permet de reconnaître. Enfin, nous avons déjà mentionné la forme nodulaire exceptionnelle qui simule à s'y méprendre l'induration plastique ; dans les cas observés par Sabrazès et Muratet, Luigi Bruno, l'examen histologique montra des lésions pures de tuberculose, mais en l'absence de ce procédé d'investigation, la nature tuberculeuse de l'induration ne pourrait être soupçonnée qu'en présence d'une autre localisation tuberculeuse manifeste.

La syphilis du pénis peut être méconnue lorsqu'il s'agit d'une gomme circonscrite se traduisant par une induration limitée siégeant dans les corps caverneux ; mais nous avons dit dans un précédent chapitre qu'il existait des indurations plastiques vraies d'origine à peu

près sûrement syphilitique ; c'est donc dans ces cas, plutôt un diagnostic de la variété d'induration, qu'un diagnostic différentiel qu'il conviendra d'établir afin d'instituer le plus rapidement possible le traitement spécifique qui pourra donner d'heureux résultats, si le processus de sclérose n'est pas encore trop avancé.

Il nous reste encore à différencier les indurations fibreuses des corps caverneux des *ossifications partielles du pénis* qui sont de véritables curiosités pathologiques d'une extrême rareté. Comme les nodus plastiques, elles se développent presque toujours chez des sujets âgés, siègent sur le dos du pénis et se développent, soit dans la tunique albuginée, soit dans les corps caverneux ou la cloison qui les sépare. Elles se manifestent cliniquement par la douleur pendant l'érection et le coït et des déformations de la verge ; mais elles ont une consistance véritablement pierreuse ; leurs dimensions sont en général beaucoup plus grandes que celles des nodus fibreux. Elles peuvent donner une image nette à l'examen radiographique, et l'examen histologique montre dans tous les cas une substitution du tissu osseux au tissu fibreux. Et il ne semble pas, d'après les résultats de ces examens histologiques, que ces ossifications partielles puissent être considérées comme le dernier aboutissant du processus de sclérose dont relèvent les indurations plastiques que nous avons étudiées.

Enfin, Lavenant nous a communiqué l'observation de deux malades qui, à la suite d'une blennorragie aiguë, datant de plusieurs mois déjà et s'étant accompagnée d'un œdème considérable de la verge, présentaient sur

la ligne médiane à la face supérieure un petit noyau dur ressemblant à un nodus ; mais il s'agissait dans ces cas d'une *phlébite de la veine dorsale de la verge* provoquant encore un certain œdème du prépuce.

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années, on peut dire que le traitement des indurations plastiques des corps caverneux était à peu près illusoire, et dans la plupart des observations on ne relève aucune mention thérapeutique.

La Peyronie écrivait en 1743 : « C'est inutilement que j'ai employé les émollients et les résolutifs de toutes les espèces. Le seul qui ait quelquefois, mais très rarement procuré quelque soulagement, c'est le mercure surtout en frictions » ; mais cependant il ajoute un peu plus loin : « Si ce que j'ai déjà observé dans trois occasions se trouve confirmé par une suite d'observations, j'ai lieu de croire que les eaux de Barèges sont peut-être le véritable spécifique de ces duretés. »

Malheureusement cette observation de La Peyronie ne fut pas confirmée comme il l'espérait, et Ricord cité par M. Tuffier disait : « J'ai tenté tous les topiques et toutes les eaux, je n'ai jamais obtenu d'amélioration. »

Boyer et Galligo avaient obtenu quelques succès thé-

rapeutiques à la suite de l'administration prolongée de préparations mercurielles et iodées.

Il est vraisemblable qu'il s'agissait dans ces cas, d'indurations chez des syphilitiques ; mais même lorsqu'on est en droit d'incriminer fermement la syphilis ou seulement de la soupçonner, le traitement spécifique le plus intensif et le mieux conduit restera presque toujours sans effet. La médication ne peut agir que sur les lésions encore en évolution, mais elle reste fatalement sans effets lorsque la sclérose est complète et définitive.

Il sera néanmoins indiqué de tenter toujours chez un syphilitique porteur de nodus fibreux de la verge un traitement mixte énergique qui sera supprimé si au bout de quelques semaines on ne constate aucune amélioration.

De même chez un goutteux ou chez un diabétique, le premier traitement à préconiser serait celui de la diathèse, et, à ce propos Kirby prétendait que la lésion locale disparaissait avec le rétablissement de la santé générale. Cette opinion n'a été confirmée par aucun autre auteur ; cependant Pousson, dans une observation à laquelle nous avons déjà fait allusion dans un autre chapitre, signale la disparition complète d'une induration survenue chez un homme jeune diabétique, mais nous avons dit que dans cette observation l'origine diabétique du nodus était très discutable et qu'il s'agissait plutôt, selon nous, d'un noyau de cavernite traumatique.

Ainsi donc, dès le diagnostic fait, le malade sera soumis au traitement de sa diathèse, et, à l'administration interne d'iode de potassium on pourra ajouter l'ap-

plication locale de pommades à l'iodure de potassium ou à l'iodure de plomb.

Mais peut-on espérer agir directement contre la production du tissu fibreux ?

On a beaucoup préconisé dans ce but, au cours de ces dernières années, la thiosinamine.

Dans un certain nombre des observations inédites que nous publions, cette méthode thérapeutique a été employée, nous pouvons le dire, sans grand succès.

Tantôt ces injections ont été faites, intramusculaires, à la dose de 1 centimètre cube de thiosinamine à 10 % et répétées tous les deux jours par séries de dix.

Tantôt l'injection a été faite localement en plein nodus, et répétée tous les quatre jours. Cette méthode qui a l'avantage de porter directement au niveau du point malade le liquide fibrolysant, n'est pas dans ce cas exempte de grandes difficultés, car il est à peu près impossible de faire pénétrer le liquide dans la masse de ce tissu fibreux inextensible ; la douleur provoquée par l'injection est très vive et n'est pas compensée par le résultat définitif, puisque après ce mode de traitement on ne constata qu'une seule fois une très légère amélioration chez un homme d'une cinquantaine d'années.

De même dans les cas traités par injection intramusculaire de thiosinamine, nous ne relevons qu'une seule amélioration très sensible qui ne s'est manifestée que tardivement.

L'électrothérapie a été tentée dans plusieurs de nos

observations, suivant divers procédés : ionisation et électrolyse circulaire.

Lavenant eut plusieurs fois recours à l'ionisation ou électrolyse médicamenteuse selon la méthode de Leduc. On sait quel est le principe de cette méthode, c'est de faire pénétrer dans l'organisme certains médicaments appropriés, grâce à l'électrolyse, par application de ce principe que sous l'influence de l'électricité les dissolutions médicamenteuses se décomposent en deux ou plusieurs parties appelées ions. Mais l'introduction médicamenteuse par l'électrolyse n'a pas toujours lieu dans le même sens ; elle varie à propos de chaque substance employée, mais il suffit de se rappeler que le métal se dirige toujours vers le pôle négatif, tandis que le radical acide se porte vers le pôle positif.

Or dans le traitement qui nous occupe, les ions à employer sont les ions iode et chlore ; c'est-à-dire qu'on utilisera des solutions de chlorure de sodium et d'iode de potassium ou de sodium. La solution employée sera donc placée au pôle négatif et au niveau du point où l'on veut agir.

On entourera donc la verge d'une plaque d'étain souple recouverte de plusieurs épaisseurs d'ouate hydrophile bien imbibée de la solution choisie ; cette plaque sera reliée au pôle négatif, tandis que la plaque indifférente reliée au pôle positif sera placée sur une région voisine quelconque, sur la cuisse par exemple, mais comme il y a intérêt à ce que la pénétration médicamenteuse soit rapide, il faut employer une assez forte intensité de courant galvanique, jusqu'à 25 à 30 milli-

ampères pendant une durée de quinze à vingt minutes, en augmentant le courant d'une façon très lente et très progressive.

Quels ont été les résultats de l'ionisation ? Dans un seul cas d'origine probablement traumatique la nodosité fibreuse disparut après quelques séances, mais dans tous les cas ainsi traités, l'action sur la douleur fut très manifeste et les malades qui se plaignaient de souffrir pendant les érections se trouvèrent très soulagés après une ou plusieurs séances d'ionisation.

Le second procédé employé a été l'électrolyse circulaire ou méthode de Newmann.

Cette méthode n'a été appliquée que dans deux cas. Dans l'un qui nous a été communiqué par le Dr Bazy l'insuccès a été complet. Dans le second cas, que nous devons à l'obligeance du Dr Le Fur, le succès fut rapide, complet et définitif. (La technique de cette méthode est exposée longuement dans l'observation *in extenso* n° 26.)

Telles sont les différentes méthodes non sanglantes qui ont été préconisées pour le traitement des indurations plastiques des corps caverneux. Si elles ont donné quelques succès, elles sont néanmoins très infidèles, ce sont des traitements de fortune sur lesquels il ne faut pas trop compter, mais qu'il faudra tenter néanmoins avant de recourir à l'intervention chirurgicale, qui n'est d'ailleurs souvent ni acceptée ni même possible.

Nous ne citerons que pour mémoire la méthode qui consiste à provoquer dans les corps caverneux du côté sain une induration cicatricielle compensatrice, par les

caustiques ou le thermocautère. On risquerait fort de dépasser le but poursuivi et de transformer simplement la direction de la déviation.

De même le redressement forcé de la verge est un procédé brutal qui ne remédierait en rien à l'infirmité génitale des malades.

Reste seule à envisager l'hypothèse de l'intervention sanglante. En 1885 celle-ci paraissait impraticable à M. Tuffier et nous citerons textuellement ce qu'il dit à ce sujet :

« Quant à l'extirpation de ces nodosités elle nous paraît impraticable vu les dangers d'hémorragie et les accidents inflammatoires si graves dans les régions vasculaires. D'ailleurs le malade ne retirerait, ce nous semble, aucun bénéfice de cette extirpation. La large brèche opératoire ne pourrait le combler qu'aux dépens d'un tissu inodulaire c'est-à-dire d'un tissu rétractile et inextensible. On remplacerait ainsi la nodosité spontanée par une nodosité cicatricielle et la guérison, au point de vue fonctionnel, serait pire que le mal. Enfin une dernière considération viendrait arrêter la main du chirurgien. Nous avons vu dans quelle énorme proportion les malades atteints de nodus étaient diabétiques ; or la gravité des opérations chez les glycosuriques est trop connue pour qu'on se hasarde dans une opération de ce genre. » (Tuffier, *loc. cit.*) Mais ces conclusions formulées il y a vingt-cinq ans sont loin d'être inattaquables aujourd'hui.

Les dangers d'hémorragie et les accidents inflammatoires ne sont plus à redouter lorsque l'on opère sous

le couvert d'une rigoureuse asepsie et qu'on pratique une hémostase très soignée. De même chez les glycosuriques les interventions chirurgicales n'ont plus, grâce aux méthodes nouvelles, la gravité qu'elles avaient autrefois et le diabète ne contre-indique plus formellement l'usage du bistouri. En outre, nous avons montré au cours de cette étude, que les indurations plastiques des corps caverneux se rencontraient très fréquemment en dehors de tout diabète, puisque nous n'avons pu recueillir une seule observation nouvelle de nodus fibreux chez un glycosurique.

L'intervention chirurgicale n'est donc plus aujourd'hui formellement contre-indiquée et M. Tuffier lui-même nous a communiqué oralement le cas d'un officier assez jeune qu'il opéra il y a quelques années avec succès.

Mais il convient de se demander, si à la suite de l'extirpation d'une nodosité, n'apparaîtra pas comme le craignait M. Tuffier une nodosité nouvelle d'origine cicatricielle et si le remède ne sera pas ainsi pire que le mal.

Sachs en 1902 déconseillait formellement l'intervention, car après extirpation du nodus il avait vu apparaître des cicatrices hypertrophiques désagréables et fort gênantes pour le coït. Cette opinion vient d'être à nouveau défendue il y a quelque mois par Fritz Callomon qui observa des récives rapides dans la plupart des six cas qu'il opéra.

Mais à côté de ces insuccès il nous faut signaler un certain nombre de résultats opératoires plus heureux.

Galewski et Heubener en 1902 ont conseillé l'opération, disant que la cicatrice hypertrophique n'est pas constante et lorsqu'elle existe elle n'a jamais le volume de l'induration primitive et n'empêche pas le coït.

D'autres chirurgiens sont intervenus avec succès entre autres MM. Marion, Bilhaut, Lavenant, Tuffier et dans ces différents cas, après ablation de la petite tumeur fibreuse la déviation fut plus ou moins parfaitement corrigée et l'érection fut possible sans aucune souffrance.

La technique opératoire est fort simple :

On incise sur la face dorsale de la verge, soit sur la ligne médiane, soit un peu en dehors d'elle pour éviter la blessure de la veine dorsale superficielle.

Juste au-dessus et parallèlement à l'induration, on circonscrit le noyau en taillant dans l'albuginée et dans le corps caverneux, en dehors du nodus. Le plus souvent on enlève une partie de la cloison qui forme la base du coin fibreux (cas de Marion, cas de Bilhaut, cas de Lavenant).

L'hémostase se fait très facilement par compression, suivie de réunion des bords de l'albuginée par quelques points de fin catgut. La peau est suturée sans drainage, avec deux crins ou agrafes. Le pansement doit être très légèrement compressif.

La réunion se fait en général par première intention, sans adhérences. Cependant dans un cas, Whitacre vit la cicatrice devenir adhérente au corps caverneux. Il pratiqua, pour y remédier, une seconde intervention ; mettant à nu par une incision transversale sur le pubis la racine de la verge, il luxa en dehors les corps caver-

neux, réséqua le tissu fibreux et sutura, après réintégration des corps caverneux. Le résultat fut bon, mais chez un deuxième malade, âgé il est vrai, de 63 ans, Whitacre après avoir enlevé par ce même procédé, trois nodus, deux sur la cloison, un sur la face externe du corps caverneux droit, obtint un résultat peu encourageant ; la verge fut déviée comme avant l'opération et l'érection eut moins de rigidité.

Devant ces faits doit-on conclure à la nécessité d'opérer les indurations plastiques des corps caverneux ?

Nous pensons que oui, mais à condition de ne pas étendre l'intervention à tous les cas.

Il est bien évident qu'il ne faut pas songer à opérer un vieillard qui depuis de longues années n'a plus conservé d'illusions génitales et qui ne souffre pas, puisque la douleur n'existe en général que pendant l'érection. De même, chez un homme jeune, un nodus ne gênant pas l'érection et ne provoquant pas de douleurs doit être respecté.

Les indurations très étendues, mal limitées, ne sont également pas justiciables de l'exérèse, car la cicatrisation serait certainement très défectueuse.

En résumé, l'intervention chirurgicale sera limitée aux cas où il s'agit de malades jeunes ou encore en activité génitale, éprouvant des douleurs vives et une difficulté très grande ou une impossibilité de pratiquer le coït, et seulement après échec d'une thérapeutique médicale sagement conduite.

Ces conditions nous paraissent formelles et dans tous les autres cas, l'abstention sera la règle absolue.

OBSERVATIONS

Nous publions en fin de ce travail 26 observations inédites d'indurations plastiques des corps caverneux.

Elles ont été recueillies pour la plupart à la consultation spéciale des voies urinaires du service Civile, par notre excellent ami le D^r Lavenant ancien chirurgien assistant de l'hôpital Lariboisière, qui a bien voulu nous les communiquer, en nous engageant à choisir ce sujet de thèse. Nous ne saurions trop le remercier de son amabilité et lui témoignons ici l'expression de notre très vive gratitude.

M. le D^r Bazy nous a fourni 6 cas qu'ils a recueillis les uns à l'hôpital Beaujon, les autres dans sa pratique de ville. Qu'il nous permette de lui dire combien nous sommes touché par cette nouvelle marque de sympathie qu'il nous témoigne. Nous avons eu la rare fortune de passer notre dernière année d'études comme interne provisoire dans son service. Il nous y a accueilli avec tant de bienveillance que nous tenons à lui dire une fois encore que nous sommes et resterons toujours son élève profondément dévoué et reconnaissant.

Observation I (Résumée).

Due à l'obligeance du Dr Bazy.

Induration des corps caverneux. — Antécédents héréditaires entachés d'arthritisme.

De B..., 49 ans.

Se présente à la consultation du Dr Bazy le 3 novembre 1903.

Ce malade s'est aperçu, au mois de juillet précédent, que sa verge se recourbait pendant les érections en même temps qu'il ressentait une sensation de cuisson assez vive. Inquiet, il a consulté à ce moment un médecin qui l'a sondé régulièrement pendant quelque temps, sans aucun résultat.

A l'examen, on constate une induration en placard de la face supérieure de la verge. Cette induration siège à 1 centimètre environ en arrière du gland. Sa forme est à peu près losangique. Elle mesure 1 centimètre de large et 1 cm. 1/2 de long. Elle est indolore à la palpation.

Aucune maladie antérieure.

Le grand-père du malade était goutteux.

Lui-même a eu quelquefois de vagues douleurs dans les lombes et dans les pieds.

Pas de sucre dans les urines :

Traitement. — Frictions avec pommade iodurée.

Observation II (Résumée).

Communiquée par M. le Dr Bazy.

Lithiase urinaire. Prostatisme. — *Induration du corps
caverneux gauche.*

Fr..., 63 ans.

Vient consulter en décembre 1907 parce qu'il éprouve une certaine difficulté à uriner et que ses mictions sont très fréquentes, à peu près toutes les deux heures le jour comme la nuit.

Au mois d'août dernier a ressenti une douleur assez vive dans le flanc gauche et depuis quinze jours cette douleur reparait avec irradiations dans le bas-ventre.

A l'âge de 20 ans, a eu une blennorrhagie bénigne.

Maintenant il urine par saccades à plusieurs reprises, avec effort.

A l'examen, on constate qu'une sonde n° 20 passe avec frottement au niveau de la portion bulbaire.

Pas de rétention; la vessie se vide complètement.

L'urine est limpide et *ne contient pas de sucre.*

Il existe en outre dans l'épaisseur du corps caverneux gauche une induration dont ne se plaint pas le malade.

Observation III (Résumée).

Due à l'obligeance du Dr Bazy.

*Induration des corps caverneux. — Blennorrhagie ancienne.
Rétrécissement.*

O..., 63 ans.

Vient consulter le Dr Bazy le 5 novembre 1908 parce qu'il a

remarqué la présence d'une petite grosseur sur la verge qui gêne l'érection et la rend un peu douloureuse.

Il existe en effet au niveau de la racine de la verge, sur sa face supérieure une plaque dure, qui peut avoir la surface d'une pièce de cinq francs et qui se prolonge un peu en avant dans le corps caverneux droit surtout.

Le malade est un ancien blennorrhagique, rétréci depuis vingt ans et qui se fait régulièrement dilater de temps en temps.

Aucune manifestation arthritique.

Pas de sucre dans les urines examinées à plusieurs reprises.

Observation IV

Note communiquée par le Dr Bazy.

Induration des corps caverneux. — Diabète léger autrefois(?)

R..., 68 ans.

Vient consulter en 1905 le Dr Bazy parce qu'il est très affecté par l'existence d'une induration des corps caverneux datant déjà de sept ans (1898).

Le malade a encore des érections qui sont très douloureuses; l'éjaculation provoque également une vive douleur.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Pas de syphilis.

L'examen des urines plusieurs fois pratiqué ne révèle pas trace de sucre, mais le malade dit qu'en 1895 son médecin lui a dit qu'il avait du diabète léger.

Le malade est actuellement dans un état névropathique très accentué.

Observation V

Induration des corps caverneux. Origine indéterminée.

B... Edmond, 66 ans, marchand de tissus.

Se présente à la consultation du Dr Bazy à l'hôpital Beaujon, le 1^{er} juin 1909, parce que, nous dit-il, il souffre depuis trois ou quatre ans pendant les rapports sexuels et surtout parce que depuis deux ou trois mois, il a constaté l'apparition et le développement d'une grosseur au niveau de la verge.

On constate en effet, au niveau de la racine de la verge, sur la ligne médiane, une induration dont le volume est à peu près celui d'un gros noyau de datte.

Ce noyau a une consistance cartilagineuse, et semble s'enfoncer dans l'épaisseur du raphé médian.

L'érection est incomplète et le malade se plaint de vives douleurs au moment des érections.

Les mictions ne sont pas modifiées,

Le calibre de l'urètre est normal.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Dans les antécédents pathologiques du malade, on relève en 1875 une blennorrhagie légère complètement guérie au bout de six semaines.

Le malade est soumis à un traitement de piqûres de thiocynamine. On fait successivement à quelques jours d'intervalle 8 piqûres d'un centimètre cube de thiocynamine dans l'épaisseur même du noyau induré.

Le résultat étant absolument nul, on essaie ensuite le traitement par les courants continus. On fait successivement 6 séances (8 à 10 milliampères pendant un quart d'heure).

Ce nouveau mode de traitement est suspendu, aucune amélioration ne s'étant produite.

Observation VI

Induration du corps caverneux droit. Origine indéterminée.

H... Paul, 39 ans, architecte.

Ce malade se présente à la consultation du Dr Bazy, le 2 janvier 1909, à l'hôpital Beaujon parce que depuis quelques mois, il souffre toutes les nuits de minuit à trois heures, d'érections violentes, prolongées et douloureuses, qui ne sont calmées qu'après l'émission difficile de quelques gouttes d'urine.

Le malade attire l'attention sur l'existence dans l'épaisseur du corps caverneux droit, d'un noyau dur, de la grosseur d'un haricot, légèrement douloureux à la palpation et siège d'irradiations très pénibles pendant les érections.

Aucun antécédent pathologique à signaler.

Pas de blennorrhagie antérieure. Pas de syphilis.

Les urines sont normales, et ne renferment ni sucre ni albumine.

Le calibre de l'urètre est normal, et le jet urinaire n'est pas modifié dans sa forme.

Pas de traitement institué, le malade n'étant pas revenu à la consultation.

Observation VII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux gauche.

Syphilis et blennorragie antérieures.

C... Gustave, employé de bureau, 26 ans.

Se présente à la consultation le 11 octobre 1907.

Ce malade a eu trois blennorragies consécutives depuis trois ans ; la dernière date d'il y a six mois mais semble actuellement complètement guérie.

Se plaint depuis quelque temps d'une légère douleur du côté gauche de la verge.

En effet, en arrière de la rainure balano-préputiale, on sent à gauche le long du canal une grosseur du volume d'un pois à laquelle fait suite un petit cordon dur et légèrement bosselé.

La palpation est indolore.

Pendant l'érection, la moitié gauche du gland reste flasque. L'axe de la verge est fortement dévié du côté gauche. L'érection est assez douloureuse et le coït très difficile.

Le malade a eu dix ans auparavant la syphilis mais il s'est toujours soigné.

L'urètre est libre.

Les urines claires *ne contiennent pas de sucre.*

Traitement.

2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Frictions avec une pommade à l'iodure de plomb ; au mois de février suivant on n'observe aucune modification.

On fait six injections de fibrolysine Merck dans la cuisse.

Résultat nul.

Observation VIII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration des corps caverneux. Blennorragie antérieure.

P..., 55 ans.

Vient consulter le 30 juin 1909 parce qu'il s'est aperçu qu'il avait dans la verge des parties dures et que la verge en érection s'incurvait vers l'abdomen.

Ce malade a eu à l'âge de 46 ans un blennorragie suivie d'orchite. Il s'est soigné pendant dix-huit mois ; le testicule droit est resté un peu gros.

En janvier 1909, après un coït, le malade constata une grosseur dans la verge.

Il présente en effet deux plaques indurées dans les corps caverneux, une à droite petite, l'autre à gauche plus volumineuse, allongée, longue de 2 centimètres 1/2 environ, et occupant toute la largeur du corps caverneux de ce côté.

Ces plaques indurées ne sont nullement douloureuses à la pression, mais sont le siège de vives douleurs pendant l'érection.

L'urètre n'est pas rétréci et les mictions sont normales. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Pas de syphilis antérieure.

Traitement. — On fait localement, dans l'épaisseur des corps caverneux, au niveau des points indurés une série de six piqûres d'un centimètre cube de thiocynamine à 10 %.

Un mois après la cessation de ce traitement on n'observe aucun changement du côté des noyaux indurés, mais le malade

accuse cependant une disparition à peu près complète de la douleur et de la gêne.

A la fin du mois de septembre il semble que les indurations aient légèrement diminué.

En janvier 1910, le malade est toujours dans le même état, mais il ne se plaint plus d'aucune douleur.

Observation IX

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux droit. Origine indéterminée.

B..., 45 ans, employé de banque.

Ce malade est adressé le 7 mars 1910 à la consultation des voies urinaires de l'hôpital Lariboisière par le Dr Lannois.

Depuis le mois de juillet 1910 il a constaté une induration de la verge à la partie supérieure.

Il existe, en effet, une petite plaque dure dans le corps caverneux droit ; cette plaque est absolument insensible à la palpation.

Pendant l'érection la verge est déviée à droite, mais fait important, l'érection n'est nullement douloureuse.

Ce malade a eu il y a vingt ans une blennorrhagie bénigne, dont il ne conserve aucune trace.

Rien d'anormal dans les urines.

On conseille au malade de se faire faire des applications de radium au niveau des plaques indurées, mais le malade n'est pas revenu et n'a pas donné de ses nouvelles.

Observation X

Communiquée par le D^r Lavenant.

Indurations des corps caverneux.
Rétraction de l'aponévrose palmaire.

7 mars 1910.

C..., 82 ans.

Vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour une hypertrophie prostatique avec rétention incomplète.

...Il présente, en outre, dans l'épaisseur de deux corps caverneux des indurations qui se présentent sous forme de plaques un peu allongées, dures au toucher.

Ces indurations apparurent il y a environ quinze ans, et à ce moment le malade ressentait de vives douleurs quand il avait une érection ; mais depuis longtemps le malade n'ayant plus d'érection, ne se plaint d'aucun phénomène douloureux.

En même temps qu'apparaissaient ces indurations, se produisit une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche. Rétraction de l'annulaire et un peu de l'auriculaire ; on sent, en outre, au niveau de l'imminence hypothéiser un noyau induré du volume d'un gros pois. Cette rétraction, dit le malade, a beaucoup diminué depuis quelques années.

Pas de renseignements sur le passé du malade.

Pas d'essai de traitement.

Observation XI

Communiquée par le Dr Lavenant.

Indurations des corps caverneux, Blennorrhagie ancienne.

V..., 41 ans, choriste.

Se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière en avril 1907, parce que depuis quelques mois il souffre pendant les érections, et parce qu'il a constaté la présence d'indurations dans l'épaisseur de la verge.

Il existe, en effet, dans les corps caverneux deux noyaux durs à la palpation ; à gauche, ils ont la grosseur d'un pois ; à droite, ils ont un volume à peu près double.

La verge est déformée pendant l'érection.

Le malade a eu anciennement une blennorrhagie et a conservé pendant quatre ou cinq ans un léger suintement traité par la dilatation et les massages de la prostate.

Il n'a jamais eu de syphilis.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Traitement.— Dix piqûres de fibrolysine Merk dans la cuisse. Aucun résultat appréciable immédiat.

Le malade est revenu le 15 octobre 1909.

Les masses indurées ont diminué peu à peu et ont à peu près complètement disparu, mais pendant l'érection la verge est toujours déformée.

Observation XII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux droit, chez un tuberculeux.

M... Antoine, 54 ans, employé de commerce.

Se présente le 21 juillet 1910 à la consultation des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière parce qu'il a constaté depuis cinq mois l'apparition d'une grosseur de la verge. Depuis cette époque cette grosseur n'a ni augmenté de volume ni changé de forme, au dire du malade.

Antécédents. — Blennorragie à l'âge de 20 ans, guérie au bout de cinq semaines sans complications. A l'âge de 30 ans, le malade a eu, nous dit-il, une bronchite grave au cours de laquelle il a eu plusieurs hémoptysies assez abondantes. Il est resté alité pendant sept mois et très affaibli et délicat pendant plusieurs années à la suite de cette affection pulmonaire.

Pas de syphilis.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

A l'examen, on constate vers la partie moyenne de la verge, un peu à droite de la ligne médiane, l'existence d'une petite tumeur de forme ovoïde, mesurant environ 2 centimètres dans son grand axe longitudinal, et 3 à 4 millimètres dans son grand axe transversal.

A la palpation cette tumeur est lisse ; on ne sent aucune bosselure. La pression est complètement indolore.

Pendant l'érection, au dire du malade, la verge « se casse » au niveau de la tumeur, mais l'érection n'est pas douloureuse.

Les rapports sexuels sont absolument impossibles.

Le malade a été perdu de vue après ce premier examen.

Observation XIII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux droit. Blennorragie et rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents.

R..., 51 ans, artiste dramatique.

Vient consulter le Dr Lavenant le 20 juillet 1909 parce qu'il a constaté l'existence d'une petite tumeur dans la verge et parce qu'il souffre beaucoup pendant l'érection qui est divisée à droite et en haut.

Antécédents. — Blennorragie à l'âge de 20 ans, guérie complètement en quelques semaines.

Entre 20 et 30 ans plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Depuis cette époque, n'a jamais eu aucune maladie. Le malade n'a commencé à souffrir et à s'apercevoir de son infirmité que depuis cinq mois environ.

La verge présente vers la partie moyenne, un noyau dur, long de 15 millimètres, large de 1 centimètre.

On sent en outre dans toute la racine des corps caverneux une induration en bloc.

L'érection est extrêmement douloureuse, le coït absolument impossible.

Les urines ne contiennent *pas de sucre*.

Pas de syphilis antérieure ;

Le malade est opéré par le Dr Lavenant le 22 juillet ;

Incision sur la tumeur ; extirpation large d'un noyau occupant l'enveloppe et la cloison.

Suture au catgut et aux crises.

Guérison complète au bout de huit jours.

Le malade revu deux mois après son départ de l'hôpital ne souffre plus. L'érection n'est plus douloureuse, mais elle n'est pas très brillante.

Observation XIV

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux droit. Origine indéterminée.

B... Émile, 50 ans.

Entre à l'hôpital Lariboisière, salle Civiale, le 22 juillet 1909, pour une tumeur de la verge. Il se plaint en même temps de douleurs très violentes pendant l'érection et de difficulté du coït, la verge étant fortement déviée du côté droit pendant l'érection.

Le malade présente en effet vers la partie moyenne du pénis, sur la face supérieure, à droite de la ligne médiane une tumeur dure, cartilagineuse, indolore à la palpation.

L'exploration de l'urètre démontre la parfaite intégrité du canal.

Aucune maladie antérieure.

Pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

Pas de sucre dans les urines.

Opéré le 22 juillet par M. Marion.

Le malade sort au bout de huit jours.

Depuis lors, il ne ressent aucune douleur, mais la verge est encore légèrement déviée et l'érection lui semble un peu moins forte.

Observation XV

Communiquée par le Dr Lavenant.

*Induration plastique du corps caverneux droit.
Origine syphilitique (?)*

J... Édouard, 52 ans.

Vient consulter, le 17 décembre 1903, parce que, depuis trois ou quatre mois environ, il se plaint d'être légèrement gêné pour uriner et surtout parce qu'il souffre pendant les érections. En outre sa verge est fortement déviée à droite, à l'état érigé.

Antécédents:

Deux blennorragies antérieures; la dernière il y a douze ans. Chancres indurés il y a vingt-cinq ans, suivis de plaques muqueuses et de douleurs ostéocopes.

A l'examen on constate la parfaite intégrité de l'urètre.

La prostate n'est pas augmentée de volume.

Les urines sont claires, sans filament.

Il n'y a *pas trace de sucre*.

On constate l'existence d'une petite tumeur dure localisée dans l'épaisseur du corps caverneux droit au niveau de la partie moyenne de la verge.

Le malade est en traitement depuis plusieurs semaines pour des accidents oculaires d'origine syphilitique (piqûres de biiodure de mercure); aucune modification du côté de l'induration n'est survenue depuis le début du traitement.

Le malade a été perdu de vue.

Observation XVI

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration des corps caverneux d'origine probablement traumatique

N... Ernest, mécanicien, 52 ans.

Vient consulter le 25 septembre 1907.

Aucun antécédent : ni blennorrhagie, ni syphilis.

Le malade raconte qu'il y a trois semaines, sa verge a été fortement contusionnée par la patte d'un gros chien qui l'a serrée contre le rebord d'une chaise. Depuis lors est apparue une grosseur sur la face supérieure de la verge, près de la racine des corps caverneux.

La miction est facile ; l'urètre est libre.

Les urines claires ne contiennent *pas de sucre*.

L'érection est extrêmement douloureuse et la verge est alors fortement recourbée en haut.

On constate l'existence d'une plaque dure empiétant sur la face supérieure des deux corps caverneux.

On prescrit une potion à l'iodure de potassium et l'application d'une pommade à l'iodure de plomb.

29 octobre. — Aucune modification ; le malade est toujours très gêné pendant l'érection qui est très douloureuse.

Première séance d'ionisation avec solution d'iodure de potassium à 1 %, dix minutes, 10 milliampères.

4 novembre. — Les douleurs ont nettement diminué depuis la séance précédente.

Nouvelle séance d'ionisation, 50 milliampères, six minutes,

12 novembre. — Les douleurs pendant l'érection ont complètement disparu. La déformation de la verge ne s'est pas sensiblement modifiée.

Ionisation : solution de NaCl, dix minutes, 25 à 30 milliam-pères.

19 novembre. — L'induration paraît en voie de régression. Elle est moins étendue. Le noyau, plus limité est plus nettement senti. Dans le corps caverneux gauche, on sent une petite induration allongée.

Ionisation : NaCl, dix minutes, 25 milliampères.

3 décembre. — L'induration a diminué en largeur.

Même traitement.

10-17-24 décembre. — État stationnaire. Même traitement.

31 décembre. — Bon état. Plus aucune douleur. L'induration a beaucoup diminué, mais elle est encore perceptible.

Le malade n'est par revenu ultérieurement.

Observation XVII

Communiquée par le D^r Lavenant.

Indurations du corps caverneux droit. Origine inconnue.

L... Eugène, garçon livreur, 44 ans.

Se présente le 30 juin 1909, à la consultation de l'hôpital Lariboisière, parce qu'à l'état d'érection sa verge s'incurve à droite depuis trois mois, et cette déviation va en augmentant de plus en plus.

Blennorrhagie il y a vingt ans.

Urètre libre.

Lobe droit de la prostate légèrement augmenté de volume.

Les urines claires ne contiennent *ni sucre*, ni albumine.

On sent dans l'épaisseur du corps caverneux droit une plaque indurée, parcheminée, allongée dans le sens antéro-postérieur non douloureuse à la palpation.

Traitement. — Bains chauds.

Six injections de fibrolysine Merk dans la cuisse à intervalles de quatre jours.

Aucun résultat appréciable.

Observation XVIII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux gauche. Origine inconnue.

B..., Charles, 37 ans.

Vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 8 avril 1903, se plaignant de douleurs pendant la miction depuis six mois. Cette douleur est survenue en même temps qu'une grosseur dans la partie gauche de la verge.

N'a jamais eu ni blennorragie, ni chancre.

Urines claires sans filaments.

Réaction à la liqueur de Fehling : négative. — Dans la région pénienne on sent à la palpation sur la face dorsale une tuméfaction dure, noyau siégeant dans le corps caverneux gauche, non douloureux à la pression.

L'urètre est libre. La prostate est de volume normal.

Quand la verge est en érection elle forme une courbe à concavité gauche.

Le malade n'est pas revenu.

Observation XIX (Résumée).

Communiquée par le Dr Lavenant.

*Indurations multiples du corps caverneux droit.
Origine inconnue.*

G., Ernest, 53 ans.

Vient à l'hôpital Lariboisière le 15 avril 1908. Se plaint d'avoir quelques petites grosseurs dans la verge qui provoquent une douleur assez vive pendant l'érection qui est fortement déviée à droite.

On sent en effet dans l'épaisseur du corps caverneux droit trois noyaux indurés, pas très nettement limités, indolores à la pression.

L'urètre est libre.

Les urines sont claires: *ni sucre*, *ni albumine*.

Pas de blennorragie ni de syphilis antérieure.

Le malade n'a pas été revu.

Observation XX (Résumée).

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration des corps caverneux. Origine inconnue.

G..., 32 ans.

Se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 30 décembre 1902 parce que, pendant l'érection, sa verge est fortement tordue et sensiblement rétrécie dans le sens de la longueur, entre le gland et le pubis.

On sent en effet à la palpation à droite et à gauche, sur la face dorsale, une induration très nette séparée en deux parties par un sillon médian.

Aucun autre symptôme.

Une seule blennorrhagie, il y a dix ans, guérie en quinze jours.

Pas de syphilis.

La recherche du sucre dans les urines a été faite plusieurs fois, sans résultat positif.

Pas de traitement indiqué.

Observation XXI

Communiquée par le D^r Lavenant.

Induration des corps caverneux. Origine inconnue.

Dem... Alfred, sellier, 49 ans.

Vient consulter le 10 décembre 1907.

Rien dans les antécédents du malade.

Pas de syphilis, pas de blennorrhagie.

Le malade se plaint de ce que sa verge en érection se courbe en deux, présentant une tuméfaction à la partie médiane et inférieure et sur la partie supérieure à gauche.

On sent en effet une induration allongée de 3 centimètres environ le long du corps caverneux gauche. Cette induration se prolonge le long de la paroi inférieure de l'urètre. Elle est un peu sensible à la palpation.

L'érection est extrêmement douloureuse.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

L'urètre est absolument libre.

Traitement. — Ionisation avec solution de NaCl 25 milliam-pères, pendant cinq minutes.

Après cette première séance la déformation de la verge pendant l'érection et le volume de la tumeur n'ont subi aucune modification, mais il y a diminution telle de la douleur que le malade voulait revenir avant le jour fixé.

Au bout de trois séances, le malade ne souffrant plus du tout n'est pas revenu.

Observation XXII

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration du corps caverneux droit. Origine blennorragique (?)

G... Louis, surveillant des travaux, 58 ans.

Vient à la consultation des voies urinaires de l'hôpital Lariboisière, le 21 avril 1908, parce qu'il souffre d'une grosseur au niveau de la verge et dont il s'est aperçu depuis trois ans.

Blennorragie en 1902. Pas de goutte militaire. Pas de syphilis.

Urines claires. *Ni sucre*, ni albumine.

On constate l'existence d'une induration cartilagineuse allongée sur le dos de la verge. C'est une plaque de forme un peu irrégulière empiétant surtout à droite, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ et longue de 2 centimètres.

Cette induration est très douloureuse pendant l'érection et à ce moment la verge est fortement déviée du côté droit.

Le malade est opéré le 7 mai par M. Marion. Résection sur la face dorsale de la verge d'un segment allongé et très étendu : Quelques ligatures au catgut. Suture de la peau aux crins.

Le 20 mai le malade quitte l'hôpital, cicatrisé.

La verge est toujours déviée pendant l'érection.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Observation XXIII (Résumée)

Communiquée par le Dr Lavenant.

*Induration du corps caverneux droit
(origine blennorragique ou syphilitique) (?)*

M... Jacques, boulanger, 36 ans.

Vient consulter, le 3 avril 1908, pour une épидydimite gauche d'origine blennorragique.

A eu plusieurs blennorragies, la dernière il y a deux ans, mal soignée et incomplètement guérie.

Syphilis il y a dix ans.

Traitement de l'épidydimite.

Le 17 avril, on s'aperçoit par hasard que le malade est porteur d'une induration du corps caverneux droit dont il s'est aperçu depuis plusieurs mois, mais qui ne provoque aucune gêne et aucune douleur.

Cette induration a la forme d'une plaque siégeant sur la partie moyenne du pénis au niveau de sa face dorsale.

On fait 6 piqûres d'huile grise et on prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Aucune modification.

Observation XXIV

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration des corps caverneux. Origine indéterminée.

W... Pierre, garçon de magasin, 55 ans.

Vient consulter, le 26 janvier 1907, parce que, depuis deux mois, il s'est aperçu qu'il souffrait pendant les érections.

Cette douleur, d'abord simple tiraillement a été en augmentant progressivement; elle est devenue en ces derniers temps si intense que le malade a cessé toute relation conjugale depuis un mois.

Le malade n'éprouve aucune difficulté à uriner.

L'urètre est libre.

Les urines ne contiennent *ni sucre ni albumine*.

Pas de blennorragie antérieure. Pas de syphilis.

Par la pression qui n'est nullement douloureuse, on sent une tumeur dure, allongée, partant du gland et se terminant en pointe à 2 centimètres de la racine de la verge. Elle siège très nettement dans les corps caverneux.

Le malade est soumis à un traitement par l'iodure de potassium qui ne donne aucun résultat.

Observation XXV

Communiquée par le Dr Lavenant.

Induration des corps caverneux.

Origine probablement blennorragique.

Ver... François, 38 ans.

Vient à l'hôpital Lariboisière, le 16 mai 1905.

Ce malade a eu, il y a quatre mois, une blennorragie qui a duré plus d'un mois.

Depuis il souffre et il est gêné pendant les érections et il a constaté l'apparition d'une induration sur la partie supérieure de la verge.

A l'examen on note que les deux corps caverneux sont durs

dans leur ensemble et présentent par places de petits noyaux comparables à des phlébolithes.

Le malade n'est nullement gêné pour uriner.

L'urètre est libre.

Les urines claires ne renferment *ni sucre* ni albumine.

Pas de traitement indiqué.

Observation XXVI

due à l'obligeance du D^r R. Le Für.

*Induration plastique des corps caverneux, d'origine
indéterminée. Blennorragies antérieures.
Électrolyse circulatoire. Guérison.*

B..., 38 ans.

A eu autrefois plusieurs blennorragies non compliquées, parfaitement guéries depuis quelques années.

Pas de syphilis. Tendance à l'artério-sclérose.

Depuis huit mois, le malade se plaint de difficultés à pratiquer le coït, et de douleurs pendant l'érection et l'éjaculation.

Pendant l'érection la verge est déviée en haut et à gauche.

Depuis le début de l'affection les douleurs se sont accentuées progressivement ; elles sont devenues intolérables pendant l'érection et le malade dit avoir été obligé de renoncer complètement à la pratique du coït, et il se plaint amèrement de cette privation.

Un état neurasthénique prononcé est venu se greffer sur cette affection locale et la compliquer sérieusement.

Au premier examen, on constate l'existence d'un noyau dur, gros comme un gros pois, siégeant sur la face dorsale de la verge,

un peu en avant de la racine des bourses. Partant de ce noyau, on sent très nettement une induration au niveau du corps caverneux gauche qui se continue presque jusqu'au gland.

Pas de goutte urétrale.

Urines claires sans filament.

Urètre légèrement rétréci dans son ensemble, mais laissant encore passer facilement un explorateur n° 20.

Prostate peu augmentée de volume, mais un peu dure.

Quand le malade entre en érection, la verge se dévie en haut et à gauche, présentant donc une courbure à concavité supérieure et latérale gauche.

Les douleurs ont leur maximum d'acuité et s'irradient vers le gland.

Traitement. — M. Le Für fait d'abord une série de dilatations avec les béniniqués, jusqu'au n° 56 ; en même temps massage des indurations sur béniqué.

Il n'en résulte *aucune amélioration*.

M. Le Für pratique alors l'électrolyse circulaire sur béniqué. Chaque séance a lieu tous les cinq jours. Elle dure de huit à dix minutes environ, comporte une intensité de courant de 7 à 10 milliampères. On emploie successivement les béniniqués du n° 50 au n° 60. Le béniqué étant relié au pôle négatif, le pôle positif est dans les premières séances placé sur le ventre. Dans les séances suivantes le pôle positif est appliqué sur un manchon d'ouate hydrophile humide qui entoure la verge. ■

Dès la première séance, le malade se sent soulagé. Il a eu la nuit suivante une érection beaucoup moins douloureuse.

Au bout de dix jours, c'est-à-dire après la deuxième séance, le coït est devenu possible et indolore, mais la déviation de la verge persiste.

Après six semaines de traitement tous les symptômes ont disparu ; l'érection n'est plus gênée, l'éjaculation n'est plus douloureuse ; la déviation de la verge a disparu.

On sentait d'ailleurs très nettement pendant les premières séances, sous l'influence du courant électrique, l'induration du noyau dorsal et du corps caverneux gauche diminuer, et la verge devenir souple ; après la troisième séance, on sentait encore très légèrement le noyau dorsal, mais l'induration diffuse du corps caverneux avait complètement disparu.

Le malade après dix séances était parfaitement guéri.

Cette guérison complète s'est maintenue depuis trois ans.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom d'induration plastique des corps caverneux, il ne faut pas envisager une maladie spéciale, une entité morbide bien définie.

Il existe des indurations plastiques d'origines très diverses, qui ne peuvent rentrer dans une même description que grâce à leur symptomatologie, leur évolution et leur pronostic à peu près identiques dans tous les cas.

2° Ces lésions sont produites par la transformation scléreuse de la cloison et de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, mais ce processus de sclérose peut s'observer aussi bien dans certains cas de cavernite chronique localisée, d'origine traumatique ou inflammatoire que dans des cas de gomme du pénis ; mais bien souvent la pathogénie exacte de l'affection nous échappe.

Sans vouloir réfuter l'origine arthritique, goutteuse ou diabétique, à peu près généralement admise jusqu'à aujourd'hui, il ne faut pas cependant vouloir faire rentrer systématiquement dans le cadre d'une diathèse, si

grande soit-elle, une affection dont l'origine peut être très variable et dont la cause véritable nous échappe souvent complètement.

3° C'est une lésion qui se manifeste de préférence chez les hommes âgés, mais elle est loin d'être l'apanage exclusif de la vieillesse et il n'est pas rare de l'observer chez des hommes jeunes et même quelquefois chez des jeunes gens.

4° Elle se traduit cliniquement par des phénomènes douloureux et des déformations de la verge qui sont surtout accentués pendant l'érection et peuvent rendre le coït souvent très difficile, quelquefois même impossible.

5° L'évolution de ces indurations est lente et leur accroissement toujours limité.

6° Leur pronostic est relativement bénin mais les douleurs qu'elles provoquent et la gêne qu'elles causent dans les rapports sexuels conduisent souvent les malades jeunes à un état névropathique très marqué.

7° Le diagnostic de ces indurations est facile et il est à peu près impossible de les confondre avec les tumeurs malignes de la verge, les indurations d'origine urétrale, les gommes, la phlébite des corps caverneux ou les ossifications du pénis.

8° Elles sont à peu près rebelles à toute thérapeutique médicale.

Cependant l'électricité (ionisation, galvanisation) peut dans quelques cas amener une amélioration et surtout agir sur l'élément douloureux.

Le traitement spécifique intensif est également sans

action, même dans les cas qui paraissent d'origine nettement syphilitique.

L'intervention sanglante a déjà donné de beaux succès, mais l'exérèse des noyaux indurés doit être réservée aux seuls cas où il s'agit de malades jeunes, en pleine activité génitale, éprouvant des douleurs vives et une difficulté très grande ou une impossibilité de pratiquer le coït.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN ET TAYLOR. — New-York Dermatological Society (172^e meeting).

BATUT. — Mercredi médical, 20 février 1895.

BÉRARD. — Dictionnaire en 30 volumes. Article « Pénis ».

BILHAUT (père et fils). — Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires, 1^{er} mai 1909, page 105.

BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. Tome VI.

CAMERON. — Bulletin de la Société médicale de Glasgow, 8 oct. 1879.

CALLOMON FR. — Medizinische Klin. Wosch., 27 mars 1910.

DELABORDE. — De l'induration plastique des corps caverneux. Thèse, Paris, 1882.

DELEFOSSE. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, page 506.

DEMARQUAY. — Traité des affections chirurgicales du Pénis, 1882.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie, 1899. Tome VII, page 1258.

DUPLOUY. — Congrès pour l'avancement des sciences. Blois, 1884.

DURAND. — Journal des maladies cutanées et syphilitiques, décembre 1896.

ÉTIENNE. — Annales de la Polyclinique de Toulouse, avril 1893.

— Annales de la Polyclinique de Toulouse, février 1906.

FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de Pathologie externe.

FOURNIER. — Journal de l'École de Médecine, 1875.

GALEWSKI ET HUBENER. — Münschner Medizin. Wosch., 1902, page 32.

GALLIGO. — Analyse in Gazette Médicale, 1852.

HAMONIC. — Gazette médicale de Paris, 101, nos 30, 31, 33.

- JURQUET. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 829.
- KIRBY. — Dublin médic. Journal et Gazette médicale de Paris, 1850, p. 676.
- LEGALCHIER-BARON. — Les tumeurs goutteuses du Pénis. Thèse, Paris, 1886.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, 1910, page 263.
- MANESCU-CALARASI. — Bucuresci, 1900, XX, 267-270.
- MARCHAL DE CALVI. — Des accidents diabétiques, 1864.
- MAURIAC. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1886.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
 - Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- MERLE. — Thèse de Toulouse, 1899.
- NÉLATON. — Traité de pathologie externe, 1859.
- NEWMARK. — Induration plastique du pénis et maladie de Dupuytren, Berliner Klinische Wochenschen, 12 nov. 1906.
- NICOLAN. — Société Roumaine d'urologie. Spitalul, 15 nov. 1909.
- O'ZOUX. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896, p. 38.
- LA PEYRONIE. — Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 1743. T. I, p. 423.
- RICORD. — Gazette des Hôpitaux, 1847.
- SAACHS. — Wiener Klinische Wochsch., 1902, n° 5.
- SPAACH. — Journal médical de Bruxelles, 1885.
- STOPEZANSKI. — Przegl. Lek. Krakow., 1908, XLII, 169-183.
- STREKOVENKOFF. — Chirurg. Laitop. Mosk., 1893, III, 933-945.
- TUFFIER. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1885, p. 401-474.
- VAN BUREN. — Maladies des organes génito-urinaires.
- VERNEUIL. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1892, p. 826.
- WALBARST. — Thérap. Gaz. Détroit, 1900, 31, XVI, 369-372.
- WHITACRE (Cincinnati). — New-York medical Journal. T. XCI, n° 12, 19 mars 1910.
- ZEISSL. — Wiener med. Presse, 20 mai 1894.
- ZISLIN ET LAVENANT. — Paris Chirurgical, octobre 1910.



